CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVe SESSION
BORDEAUX (7-12 AVRIL 1931)

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

Le Docteur D. ANGLADE
Secrétaire Général de la XXXVe Session du Congrès

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1931

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVe SESSION

BORDEAUX (7-12 AVRIL 1931)

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVe SESSION
BORDEAUX (7-12 AVRIL 1931)

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

Le Docteur D. ANGLADE

Secrétaire Général de la XXXVe Session du Congrès



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1931

PRÉLIMINAIRES

COMITÉ D'HONNEUR

Sous le haut patronage de M. le Président de la République

M. Bouffard, Préfet de la Gironde.
M. Barraud, Président du Conseil Général.
M. Adrien Marquet, Maire de Bordeaux, Député de la Gironde.
MM. les Sénateurs et Députés du Département de la Gironde.
M. Gisbert, Premier Président de la Cour d'Appel.
M. Baraduc, Procureur Général.
M. Dumas, Recteur de l'Université.
Dr C. Sigalas, Doyen de la Faculté de Médecine.
M. le Médecin Général Baron, Directeur du Service de Santé du XVIIIe Corps d'Armée.
M. le Médecin Général Dargein, Directeur de l'Ecole de Santé Navale.
M. Edouard Faure, Président de la Chambre de Commerce.
M. de Vial, Président du Conseil d'Administration du Port autonome.
M. Huyard, Président de la Fédération des Syndicats d'Initiative.
M. P. Grange, Consul de Belgique.
M. Enrique de Luque, Consul d'Espagne.
M. A. Meyer, Consul de Suisse.
MM. les Présidents des Commissions administratives des Asiles autonomes de Château-Picon et de Cadillac.

COMITÉ PERMANENT DU CONGRÈS

Dr Paul COURBON (de Paris).
Dr Ern. DE CRAENE (de Bruxelles).
Dr Raoul LEROY (de Paris).
Dr Maurice OLIVIER (de Blois).
Pr Henri ROGER (de Marseille).
Pr VAN DER SCHEER (de Groningen).

Secrétaire permanent : Dr René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine).

BUREAU DE LA XXXVe SESSION

Président

M. le Dr PACTET, Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine.

Vice-Président

M. le Pr EUZIÈRE, Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Secrétaire général

M. le Dr D. ANGLADE, Médecin-Chef de l'Asile de Château-Picon, à Bordeaux.

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

BELGIQUE

Gouvernement belge : Dr du Chateau, Inspecteur général des Etablissements pour malades mentaux, délégué officiel de M. le Ministre de la Justice.

Société de Médecine Mentale de Belgique : Dr H. Hoven (de Mons), Président ; Mme le Dr Vandervelde-Beeckman et Dr Alexander (de Bruxelles).

Société belge de Neurologie : Dr Ern. de Craene (de Bruxelles), Professeur F. d'Hollander (de Louvain) et Dr Moreau (de Liége).

GRANDE-BRETAGNE

The Royal Medico-Psychological Association : Dr G. W. Smith (de Wyke House, Isleworth, Middlesex).

FRANCE

Ministère de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts : Professeur J. Abadie, de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Ministère de la Santé publique : Dr Dequidt, Inspecteur général des Services administratifs.

Ministère de la Guerre (Direction du Service de Santé) : M. le Médecin-Commandant Fribourg-Blanc, Professeur de Neuro-Psychiatrie et de Médecine légale à l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire.

Ministère de la Marine (Direction Centrale du Service de Santé) : M. le Médecin-Principal Darleguy, Chef du Service de Neuro-Psychiatrie du Port de Toulon.

Ministère des Colonies (Inspection Générale du Service de Santé) : M. le Médecin Lieutenant-Colonel LEFÈVRE, de l'Inspection Générale du Service de Santé des Colonies.

Conseil Général de la Seine : M. le Dr CALMELS, Conseiller Municipal de Paris.

Préfecture de la Seine : M. GRIMAUD, Directeur des Affaires Départementales.

Préfecture de Police : M. VETEL, Directeur-adjoint à la Direction de l'Administration et de la Police générales, et Dr G.-G. DE CLÉRAMBAULT, Médecin en Chef de l'Infirmerie spéciale.

Commission de surveillance des Asiles de la Seine : M. MICHEL, Président de Chambre honoraire à la Cour de Paris, et M. RAIGA, Directeur honoraire à la Préfecture de la Seine.

Société Médico-Psychologique : Professeur H. CLAUDE, Président ; Dr MARCHAND, Vice-Président ; Dr René CHARPENTIER, Secrétaire général ; Dr Raymond MALLET, Trésorier ; Drs COURBON et DEMAY, Secrétaires des séances, et Dr DUPAIN, ancien Président.

Société de Médecine légale de France : Professeur H. CLAUDE et Professeur FRIBOURG-BLANC.

Société de Neurologie de Paris : Professeur BAUDOUIN, Président ; Dr O. CROUZON, Secrétaire général ; Dr LAIGNEL-LAVASTINE, ancien Président ; Drs FRIBOURG-BLANC et Noël PÉRON.

Société Française de Psychologie : Dr René CHARPENTIER.

HOLLANDE

Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie : Professeur Dr W.-M. VAN DER SCHEER, de l'Université de Groningen.

ITALIE

Societa Italiana di Neurologia, Societa Freniatrica Italiana : Professeur Art. DONAGGIO, président, Doyen de la Faculté de Médecine de Modène.

LUXEMBOURG

Gouvernement Grand-Ducal (Direction de l'Assistance publique et du Service Sanitaire) : Dr HANSEN, Médecin-Directeur de la Maison de Santé d'Ettelbrück.

MAROC

Protectorat de la République Française au Maroc (Direction de la Santé et de l'Hygiène publiques) : Dr Louis LIVET, Directeur-adjoint du Centre psychiatrique de Ber-Rechid.

PORTUGAL

Université de Coïmbra : Professeur Elysio DE MOURA.

SUISSE

Société Suisse de Neurologie : Dr R.-F. DE FISCHER.

Société Suisse de Psychiatrie : Dr BERSOT, Médecin-Directeur de la Clinique Bellevue, Le Landeron (Neuchâtel).

REGENCE DE TUNIS

Direction Générale de l'Intérieur : Dr PERRUSSEL, Médecin-Directeur de l'Hôpital pour maladies mentales de la Manouba.

LISTE

DES MEMBRES ADHÉRENTS

DES MEMBRES ASSOCIÉS

ET DES

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

INSCRITS A LA 35e SESSION DU CONGRÈS

MEMBRES ADHÉRENTS

Dr ABADIE, 18, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux.
Dr ALBÈS (Abel), 58, Faubourg St-Jacques, Châlons-sur-Marne.
Dr ADAM (Franz), Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Dr ALEXANDER, 56, rue St-Georges, Bruxelles.
Dr ALLAMAGNY, 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr ALOMBERT-GOGET, Médecin en Chef, Asile St-Pierre, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr AMELINE, Médecin-Directeur, Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).
Dr AMOUROUX, Asile des aliénés, Poitiers (Vienne).
Dr ANKES (Mlle), Secrétaire de l'Association des psychiatres hollandais, à Bakkum, N. D. (Hollande).
Dr ARTUR, 3, rue Amiral-Réveillère, Brest (Finistère).
Dr ARTHUS, 15, boulevard de Chamblandes, Lausanne (Suisse).
Dr AUBRY, Médecin-Chef Asile de Mareville (Meurthe-et-Moselle).

Dr BABONNEIX, 50, avenue de Saxe, Paris, XVe.
Dr BARBIER, 34, rue de Vaugirard, Paris, VIe.
Dr BARGUES (Roger), 72, rue de Ségur, Bordeaux.
Dr BARUK, Asile de St-Gemme-sur-Loire (Maine-et-Loire).
Dr BASTIÉ, Asile de la Cellette (Corrèze).
Dr BAUDOUIN, 5, rue Palatine, Paris.
Dr BAUER, Asile de Naugeat, Limoges (Hte-Vienne).
Dr BEAUSSART, Fleury-les-Aubrais, Orléans (Loiret).
Dr BÉRIEL, 18, rue du Bât-d'Argent, Lyon (Rhône).
Dr BERSOT, Directeur de la Clinique Bellevue, Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse).
Dr BILLET, 5, rue du Jeu-de-Paume, Montpellier (Hérault)
Dr BORAVIECKI (Stéphan).
Dr BOREL, Hospice cantonal de Perreux-s.-Boudry, Canton de Neuchâtel (Suisse).

Dr Bosc, Villa Athena, Allée Faust, Arcachon (Gironde).
Dr Bour, Maison de Santé de la Malmaison, Rueil (Seine-et-Oise).
Dr Bourilhet, Asile Ste-Catherine, Moulins (Allier).
Dr Bouyer, Asile de St-Robert, Ste-Egrève (Isère).
Dr Breton (André), 24, rue Jean-Bart, Lille.
Dr Busquet (Thomas), Calle Balmes 26, Barcelona (Espagne).
Dr Bussard, Maison de Santé de Bellevue (Seine-et-Oise).
Dr Buvat (J.-B.), 130, rue de la Glacière, Paris, XIIIe.

Dr Calmettes, Asile de Naugeat, Limoges.
Dr Cappelle, Interne à l'Asile de Bailleul (Nord).
Dr Castin, Maison de Santé de la Chartreuse, Dijon (Côte-d'Or).
Dr Carbillet, Médecin-Chef, Asile d'Alençon (Orne).
Dr Charon (René), 41, rue Delpech, Amiens (Somme).
Dr Charon (Pierre), Castel d'Andorte, Le Bouscat (Gironde).
Dr Charpentier (René), 119, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine (Seine).
M. Charpentier (Clément), 20, rue Ernest-Cresson, Paris.
Dr Chevalier-Lavaure, Villa Jeanne, rue des Marronniers, Nimes (Gard).
Dr Christin, Belles-Roches, avenue Doyen-Bridel, Montreux (Suisse).
Pr Claude (Henri), 89, boulevard Malesherbes, Paris, VIIIe.
Dr de Clérambault, Infirmerie spéciale du Dépôt, Paris.
Dr Collet, 6, avenue des Marronniers, Fontenay-sous-Bois (Seine).
Pr Combemale, Asile de Bailleul (Nord).
Dr Cossa (Paul), 14, rue Halévy, Nice.
Dr Courbon, Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Dr de Craene, 26, rue Jacques-Jordaens, Bruxelles (Belgique).
Dr Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.
Dr Cruchet, rue Ferrère, Bordeaux.
Dr Cullerre, La Roche-sur-Yon (Vendée).

Dr Darleguy, Médecin principal de la Marine, Chef du Service de neuro-psychiatrie, Toulon (Var).
Dr Dardenne, Maison de Santé de Dave (Belgique).
M. Dausset, Président de la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine, Paris.

Dr Dechaume, Médecin des Hôpitaux, 13, quai de la Guillotière, Lyon.

Dr Dedieu-Anglade (D.), Asile de Château-Picon, Bordeaux.

Dr Dedieu-Anglade (R.), Asile de Breuty-la-Couronne (Charente).

M. Delaitre, Conseiller d'Etat, 9, rue de la Condamine, Paris, XVIIe.

Dr Delagenière, 15, rue Erpell, Le Mans (Sarthe).

Dr Delaunois, Etablissement d'Hydrothérapie de Bonsecours (Belgique).

Dr Del Greco, Professeur-Médecin, Hôpital psychiatrique, Aquila (Italie).

Dr Delmas-Marsalet, 79, cours d'Aquitaine, Bordeaux.

Dr Demay, Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr Dequidt, Inspecteur des Asiles, Ministère de l'Intérieur, Paris.

Dr Desruelles, Asile de St-Ylie, par Dôle (Jura).

Dr Delmas (Achille), Maison de Santé d'Ivry-sur-Seine (Seine).

Dr Dicks-Dilly, 24, rue Vital-Carles, Bordeaux.

Pr Divry, 11, avenue Blonden, Liège (Belgique).

Dr Doche, Allée Necker, Arcachon (Gironde).

Pr Donaggio, Via Ramazzini, 4, Modène (Italie).

Dr Dubois, avenue de l'Observatoire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

Dr Dubois (Robert), Maison de Santé, Saujon (Charente-Inférieure).

Dr du Chateau, 36, rue Alfred-Giron, Bruxelles (Belgique).

Dr Duchêne, Asile de Lorquin (Moselle).

Dr Ducos, Asile de Château-Picon, Bordeaux.

Dr du Mazel, Asile de Ber Rechid (Maroc).

Dr Dumolard, 64, rue d'Isly, Alger.

Dr Dumora, Le Bijou, cours Gambetta, Talence (Gironde).

Dr Dupain, 5, boulevard St-Michel, Paris, Ve.

M. Dupas, Directeur, Asile de Naugeat, Limoges.

Dr Dutoy, Asile de Beau-Vallon, St-Servais (Belgique).

Dr Ensch, 36, avenue Voltaire, Bruxelles (Belgique).

Dr Euzière, Doyen de la Faculté de Médecine, Montpellier (Hérault).

Dr Fauvel, Asile de la Roche-Gandon (Mayenne).
Dr Fenayrou, Asile de Rodez (Aveyron).
Dr Fillassier, Médecin-Directeur, Château de Suresnes (Seine).
Dr de Fischer, 22, Seilerstrasse, Berne (Suisse).
Dr Flournoy, 6, rue Monnetier, Genève (Suisse).
Dr Focquet, Asile de Dave, Namur (Belgique).
Dr Franchini (Giuseppe), Via Croce 2, Piacenza (Italie).
Dr Frey, Asile de Stephansfeld, par Brumath (Bas-Rhin).
Dr Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, St-Mandé (Seine).
Dr Fromenty, 32, rue Hospitalité, Tours (Indre-et-Loire).

Dr Galtier, rue de St-Genès, Bordeaux.
Dr Gardes, Asile de Cadillac (Gironde).
Dr Gaspa, Directeur, Asile dé Château-Picon, Bordeaux.
Dr Genil-Perrin, 99, avenue de la Bourdonnais, Paris.
Dr Gorriti (Fernando) (M. Jarrin, Libraire), 48, rue des Ecoles, Paris, Ve.
M. Grimaud, Directeur Affaires départementales, Paris.
Dr Guichard, Asile Ste-Marie, Nice (Alpes-Maritimes).
Pr Guillain, 215 *bis*, boulevard St-Germain, Paris.

Dr Hamel, Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).
Dr Hammerlynck, Asile d'Ecloo (Belgique).
Dr Hansen, Maison de Santé d'Ettelbruck (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr Hesnard, 4, rue Peirex, Toulon (Var).
Dr Heuyer, 74, boulevard Raspail, Paris, VIe.
Pr d'Hollander, 80, rue Vital-Decoster, Louvain (Belgique).
Dr Hoven, Mons (Belgique).
Dr Hueto, Sagasta 12, Madrid (Espagne).
Dr Hyvert, Asile de Vauclaire, par Montpont-sur-l'Isle (Dordogne).

Dr Jean, 225, rue de St-Genès, Bordeaux.
Dr Jouve, 30, quai de la Guillotière, Lyon.
Dr Jude, Médecin-Colonel, Directeur du Service de Santé du Levant, S. P., 600.

Dr Kapsalas, 23, rue Pasteur, Lyon.
Dr Koenen, Médecin aliéniste et neurologiste, Vught (Hollande).
Dr Kohler, 14, Cours de Rive, Genève (Suisse).

Dr LABUCHELLE, 29, rue Naujac, Bordeaux.
Dr LADAME, Asile de Bel-Air, Chêne, Genève (Suisse).
Dr LAFAGE, Asile de Braqueville, Toulouse (Haute-Garonne).
Dr LAGRIFFE, Asile de Quimper (Finistère).
Dr LALESQUE, 169, boulevard de la Plage, Arcachon (Gironde).
Dr LARRIVÉ, Asile St-Jean-de-Dieu, 192 bis, route de Vienne, Lyon (Rhône).
Dr LARIVIÈRE Paul, 19, boulevard Jourdan, Paris, XIVe.
Dr LASSALLE Pierre, Médecin-Directeur, Asile de St-Lizier (Ariège).
Dr LAUBIE, Villa « Malgré-Tout », Cours Lamartine, Pessac (Gironde).
Dr LAUZIER, Asile de Clermont (Oise).
Dr LE GRAND, Asile de Lommelet, St-André-lès-Lille (Nord).
Dr LEFÈVRE, 130, boulevard Brune, Paris, XIVe.
Dr LE MAUX, 37, rue de Paris, Clermont (Oise).
Pr LÉPINE, 1, place Gailleton, Lyon (Rhône).
Dr LÉRAT, Asile de la Rochelle (Charente-Inférieure).
Dr LESTCHINSKY, Villa Elena, Territet, Canton de Vaud (Suisse).
Pr LEY (Auguste), 10, avenue de la Ramée, Uccle (Belgique).
Dr LEY (Rodolphe), 9, avenue Fond-Roy, Uccle (Belgique).
Dr LIVET, 41, rue Boissy-d'Anglas, Paris, VIIIe.

Dr MAHON, Asile de Mont-de-Marsan (Landes).
Dr MAGNAND, Asile de St-Venant (Pas-de-Calais).
M. MAMELET, Asile de Cadillac (Gironde).
Dr MARCHAND, 47, rue Falguière, Paris.
Dr DE MARTEL, 17, avenue Victor-Hugo, Paris, XVIe.
Dr MARTIMOR, Maison de Santé de Blois (Loir-et-Cher).
Dr MAUPATÉ, Asile de Bailleul (Nord).
Dr MEDAKOVITCH, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris, XIVe.
Dr MEIGNANT, 8, rue St-Lambert, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr MELON, Santiago, Campomanes 3, 10, Oviedo (Espagne).
Dr MENUAU, Asile de Fains (Meuse).
Dr MERLAND, Asile d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Dr MEUSSEN, Colonie de Gheel (Belgique).
M. MICHAUT, Chef du Service de l'Assistance départementale, Paris.
M. MICHEL, Membre de la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine, Paris.

Dr Minkowski, 2, Square Delambre, Paris, XIVe.
Dr Mira (Emilio), Buenavista, Barcelona (Espagne).
Dr de Miranda, 44, rue Général-Galliéni, Viroflay (Seine-et-Oise).
Dr Molin de Teyssieu, 14, rue Blanc-Dutrouilh, Bordeaux.
Dr Monestier, Asile St-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Morat, Clinique Neurologique, 2, avenue Pozzo-di-Borgo, St-Cloud (Seine-et-Oise).
Dr Morel, Asile de Fains-les-Sources (Meuse).
Dr Moreau, 261, rue St-Léonard, Liége (Belgique).
Dr Mouchette, Asile des aliénés, Agen (Lot-et-Garonne).
Dr de Moura (Elysio), Professeur à l'Université de Coimbra (Portugal).
Dr Moutrier, 132, boulevard Malesherbes, Paris.

Dr Naudascher, Asile des aliénés, Evreux (Eure).
Dr Nayrac, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Noyer, 73, rue Bellevue, Albi (Tarn).

Dr Ollivier, Asile de Lehon, près Dinan (Côtes-du-Nord).
Dr Ouroche-Yekitch, Asile de Toponita (Yougoslavie).

Dr Pactet, 17, rue Auguste-Comte, Paris, VIe.
Dr Pailhas, Albi (Tarn).
Dr Pameijer, Arts 23, Bilderstraat, La Haye (Hollande).
Dr Paul-Boncour, 164, rue du Faubourg-St-Honoré, Paris.
Dr Pauly, Interne des Hôpitaux, 73, rue de l'Eglise St-Seurin, Bordeaux.
Dr Peron, Château de Suresnes (Seine).
Dr Perrens, Asile de Château-Picon, Bordeaux.
Dr Perret, Asile de Vauclaire (Dordogne).
Dr Perrussel, Asile de Manouba, Tunis.
Dr Petit, Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.).
Dr Petges, 1, rue Vital-Carles, Bordeaux.
Dr Philip, 74, Cours Georges-Clemenceau, Bordeaux.
Dr Piétri, Médecin-Chef, Asile d'aliénés de Nice.
Dr Piquemal, Asile de Limoux (Aude).
Dr Piquemal (Mme), Asile de Limoux (Aude).
Dr Porc'her (Yves), Asile de Dury-les-Amiens (Somme).
Dr Porot, 29, rue Mogador, Alger.
Dr Prince, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

M. Raiga, Membre de la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine, Paris.
Pr Raviart, Clinique d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Reboul-Lachaux (Ch.), 8, boulevard Salvator, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Régis, Asile de Cadillac (Gironde).
Dr Repond, Malevoz, Monthey, Valais (Suisse).
Dr Robert, Asile d'Auch (Gers).
Dr Rodriguez Arias, Rambla de Cataluña 47, Barcelona (Espagne).
Dr Rohr, Oberhofen, Lac de Thoune (Suisse).
Pr Roger (Henri), Marseille.
Dr Roubinovitch, 3, rue de Médicis, Paris, VIe.
Dr Rougean, 12, rue Dagobert, St-Lô (Manche).
Dr Rubbens, Lede (Belgique).
Dr Rubenthaler, Cours Lamarque, Arcachon (Gironde).
Dr Le Roy des Barres, Maison de Santé, Epinay-sur-Seine.

Dr Salomon, Asile de Lesvellec, Vannes (Morbihan).
Dr Santenoise, Asile de St-Ylie, par Dôle (Jura).
Dr Le Savoureux, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de la Vallée-au-Loups, Châtenay-Malabry (Seine).
Dr Semelaigne, 59, boulevard de Montmorency, Paris, XVIe.
Dr Serin (Suzanne), 11, boulevard de Port-Royal, Paris.
Dr Smith (G.-W), 57, Crosvenos Street, W I, And Wykehouse, Isleurrth Middlesea (England).
Dr Sollier, Paul, 14, rue Clément-Marot, Paris, VIIIe.
Dr de Souza (Oscar), 14, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris, VIe.

Dr Taty, La Tour-de-Salvagny (Rhône).
Dr Teulié, Asile de la Charité (Nièvre).
Dr Tissot, Asile de Bon-Sauveur, Caen (Calvados).
M. Tournaire, Directeur, Asile de Clermont (Oise).
Dr Tournay (Auguste), 81, rue St-Lazare, Paris, IXe.
Dr Trelles, Interne des Asiles de la Seine, 1, rue Cabanis, Paris, XIVe.
Dr Sollier (Alice), 2, avenue Pozzo-di-Borgo, St-Cloud (Seine-et-Oise).
Dr Trivas, Asile de la Providence, Niort (Deux-Sèvres).

Dr Van Bogaert, 22, rue d'Aremberg, Anvers (Belgique).
Dr Van Derscheer, Steentilkade, 13, te, Groningen (Hollande).

Dr Van Der Velde, 388, Résidence Palace, Bruxelles (Belgique).

Dr Vassileff (Boris), Corso Mentana, 3-2, Genova (Italie).

Dr Vermeylen, 28, rue St-Bernard, Bruxelles (Belgique).

Dr Vernet (G.), Asile d'aliénés de Beauregard, près Bourges (Cher).

Dr Verstraeten, Institut Caritas Melle (Belgique).

Dr Vervaeck, 35, rue Verhulst, Uccle (Belgique).

M. Vetel, 49, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Dr Viallefont, 4, passage Sonjon, Montpellier (Hérault).

Dr Viateau, rue des Lyonnais, Paris, Ve.

Dr Vié, La Charité-sur-Loire (Nièvre).

Dr Viel, Asile de Bon-Sauveur, Pont-l'Abbé, Picauville (Manche).

Dr Vieux, Divonne-les-Bains (Ain).

Dr Vignaud, Maison de Santé de Vanves (Seine).

Dr Vurpas, 161, rue de Charonne, Paris.

P. Wimmer, Copenhague (Danemark).

MEMBRES ASSOCIÉS

Mme ALEXANDER,
Mme AMOUROUX.

M. BALANS.
Mme BARBIER.
Mme BAUDOUIN.
Mme BAUER.
M. BAYARD.
Mme BAYARD.
Mme BERSOT.
Mme BOUYER.

Mme CALMETTES.
M. CALMETTES (Jean).
Mlle CALMETTES (Louise-Marie).
Mlle CALMETTES (Madeleine).
Mme CHARON (René).
Mme CHARON (Pierre).
M. CHARON (Jean).
M. CHEMINÉE.
Mme CHRISTIN.
Mme CLAUDE.
Mme COLLET.
Mme COMBEMALE (Pierre).
Mme COURBON.

Mme DARDENNE.
M. DARDENNE (Jean).
Mme DEDIEU-ANGLADE (D.).
Mme DEDIEU-ANGLADE (Roger).
Mlle DEDIEU-ANGLADE (Germaine).
Mme DELAITRE.
Mme DUMORA.
M. DONNADIEU.

Mme Ducos.
Mlle Dupain (Jeanne).

Mme Ensch.

Mme de Fischer.
Mme Fournier.
Mme Fribourg-Blanc.

Mme Hansen.
Mme d'Hollander.
Mlle d'Hollander (Monique).
M. d'Hollander (Luc).

Mme Lagriffe.
Mlle Lalanne (M.).
Mme Lauzier.
Mme Lefevre.
Mme Lépine.
Mme Livet.

Mme Mahon.
Mlle Mahon.
Mme Marchand.
Mme Maupate.
Mlle Maupate (Thérèse).
Mlle Maupate (Suzanne).
M. Maupate (André).
M. de May.
Mme Meignant.
Mme Menuau.
Mme Meussen.
Mme Michel.
Mme de Miranda.
Mme Monestier.
Mme Moreau.
Mme Mouchette.
Mme de Moura (Elysio).
Mme Montrier.

M. Nayrac (Jean).
Mme Nayrac (Paul).
Mme Noyer.

Mlle Ollivier.
Mme Ouroche (Yekitch).

Mme Pailhas.
Mme Paul-Boncour.
Mme Péron.
Mme Perrens.
Mme Perrussel.
M. Petit (Henri).
Mme Poicheu.
Mme Prince.

Mme Régis (André).
Mme Robert.
Mme Rohr.
Mme Rougean.
M. Rougean.
Mme Rubenthaler.

Mme Taty.
M. du Tertre.
Mme Tournaire.

Mme Van Bogaert.
Mme Van Der Scheer.
Mme Vermeylen.
Mlle Vereauteren-Drubbel (Lucienne).
M. Vernet (A.).
M. Vernet (R.).
Mme Verstraeten.
M. Vezin.
Mme Vezin.
M. de Vincher.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

BELGIQUE. — Asile des aliénés de Mons.
— — Colonie Provinciale de Lierneux.

FRANCE. (Ariège). — Asile de St-Lizier.
— (Aveyron). — Asile de Rodez.
— (Ain). — Asile des aliénés de Bourg-en-Bresse.
— (Ain). — Asile de St-Georges, Bourg.
— (Allier). — Asile de Ste-Catherine, Yseure.
— (Bas-Rhin). — Asile de Stephansfeld.
— (Bas-Rhin). — Maison de Santé de Hoerdt.
— (Cher). — Asile de Beauregard, Bourges.
— (Cher). — Colonie Familiale de Dun-sur-Auron.
— (Charente). — Asile de Breuty-La-Couronne.
— (Dordogne). — Asile de Vauclaire.
— (Eure-et-Loir). — Asile de Bonneval.
— (Finistère). — Asile de Quimper.
— (Gironde). — Asile de Château-Picon, Bordeaux.
— (Gironde). — Asile de Cadillac.
— (Gers). — Asile des aliénés d'Auch.
— (Hte-Vienne). — Asile de Naugeat par Limoges.
— (Haut-Rhin). — Asile de Rouffach.
— (Jura). — Asile de St-Ylie par Dôle.
— (Loir-et-Cher). — Asile de Blois.
— (Loiret). — Etablissement Psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, Orléans.
— (Morbihan). — Asile des aliénés de Lesvellec.
— (Meurthe-et-Moselle). — Asile de Mareville près Nancy.
— (Mayenne). — Asile de Mayenne.
— (Maroc). — Asile de Ber-Rechid, Maroc.
— (Nord). — Asile d'Armentières.
— (Nord). — Asile de Bailleul.
— (Nièvre). — Asile de la Charité-sur-Loire.

France. (Orne). — Asile d'Alençon.
— (Oise). — Asile de Clermont.
— (Pas-de-Calais). — Asile de St-Venant.
— (Rhône). — Asile de Bron.
— (Seine). — Asile de Maison-Blanche.
— (Seine-et-Oise). — Asile de Vaucluse.
— (Seine-et-Oise). — Asile de Moisselles.
— (Seine). — Asile de Villejuif.
— (Savoie). — Asile de Bassens.
— (Tarn). — Asile du Bon Sauveur, Albi.
— (Vaucluse). — Asile de Montdevergnes.

SÉANCE D'OUVERTURE

SÉANCE D'OUVERTURE

Le 7 avril, dès 9 heures, la Faculté de Médecine, momentanément privée de ses hotes habituels, ouvrait, toutes grandes, ses portes pour accueillir les Aliénistes et les Neurologistes de France, des Pays de Langue Française, des Pays amis de la France venus à Bordeaux pour y tenir la XXXV[e] session de leur Congrès.

L'édifice universitaire s'était paré pour la circonstance. Des plantes vertes somptueuses, évadées des serres municipales, ornaient le vestibule et l'Atrium sans en troubler l'imposante majesté. Au mur de la façade, les pavillons des Nations représentées. A la grille, des oriflammes ondulaient sous la brise d'avril délicieusement réchauffée par un soleil propice. La joie était sur les visages des Congressistes, heureux de se retrouver. La « Nature » de Barrias, sur son socle, avait tout l'air de soulever un peu plus son voile pour leur sourire.

La cérémonie d'inauguration eut lieu dans l'Amphithéâtre qui porte le nom du célèbre neurologiste bordelais Pitres, ancien Président du Congrès. Un autre Bordelais, psychiatre non moins célèbre, le professeur Régis, encore présent à toutes les mémoires était, en effigie, à la table d'honneur.

M. André Bouffard, Préfet de la Gironde, président, avait à sa droite M. le D[r] Paetet, Président du Congrès, entouré des personnalités les plus marquantes de la Ville et du département.

M. André Bouffard a pris le premier la parole pour saluer les membres du Congrès et ouvrir sa XXXV[e] session.

Allocution de M. le Préfet

Messieurs,

Dans cet amphithéâtre solennel, dont le nom même évoque la mémoire de l'un des plus illustres parmi les vôtres, en présence de tant de personnalités éminentes, croyez bien que je sente à la fois et le prix et le poids de l'honneur périlleux qui m'est conféré.

Aussi est-ce très simplement, mais avec toute ma déférence que j'adresse aux membres du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française mes souhaits de cordiale bienvenue.

Je vous les exprime en mon nom personnel, au nom du département de la Gironde, au nom du Gouvernement de la République.

Cet hommage s'adresse à vous tous, Messieurs, savants français ou étrangers, membres du Congrès ou participant au Congrès à un titre quelconque.

Tous en effet vous êtes unis, par delà les frontières, dans un même amour de la science pour combattre la souffrance, dans le même idéalisme pour le progrès de l'Humanité.

Messieurs, la Ville de Bordeaux qui vous accueille est riche de souvenirs, riche de beauté, riche de gloires.

Les souvenirs..., vous les évoquerez sur toutes nos places, dans toutes nos rues.

Leurs noms mêmes vous évoqueront l'histoire de la cité, capitale de la première Aquitaine après la conquête des Gaules, avec le Temple de Tutelle, les arènes du Palais Gallien, plus tard les Abbayes Sainte-Croix, Saint-Seurin, Saint-André, Saint-Pierre..., plus tard encore le Grand-Théâtre et la Bourse du Commerce.

Je devrais tout citer !... mais même en abusant de votre patience, je serais encore incomplet.

Vous me permettrez seulement — orgueil excusable chez un Préfet de la Gironde — de vous demander de penser que cette grande et noble Ville fut administrée par le Préfet-Poète Ausone et par l'Intendant de Tourny.

La beauté..., Messieurs, il vous suffira de regarder.

Et puisque je remplis l'office de guide, je ne peux mieux faire que de citer ces lignes préliminaires d'un annuaire de la Gironde :

« Si, par définition, l'épithète de « pittoresque » doit s'appliquer à tout ce qui, dans une cité ou un paysage, frappe agréablement les yeux et l'esprit du visiteur, le retient, le séduit, le contraint à l'admiration et, par la beauté de l'ensemble autant que par le caractère local bien prononcé, lui laisse comme l'impression d'un tableau, d'une peinture, on peut dire de Bordeaux qu'elle est une des villes les plus pittoresques qui soient, tant par son site, sa situation géographique et la variété des paysages qui l'encadrent, que par ses monuments, la belle ordonnance de ses voies, la grandiose perspective de ses cours, la douceur et le charme de son ciel délicatement voilé. »

Messieurs, je devrais vous parler de la gloire de Bordeaux, de son passé, de ses hommes de science, de ses lettres, de ses artistes, de Montaigne, de Montesquieu.

Je devrais vous dire son essor prodigieux — célébrer le port de Bordeaux et les vins de la Gironde..., mais tout cela vous le savez, vous le verrez et vous l'apprécierez.

Je retiens seulement la fierté que nous avons de vous recevoir et, après vous avoir renouvelé tous mes vœux d'heureux séjour, je déclare ouverte la 35e session de votre Congrès.

M. le Doyen Sigalas, après avoir évoqué en termes émus et élevés la mémoire de Pitres et Régis, qui ont tenu une si grande place à la Faculté de Médecine de Bordeaux dans les Congrès et dans la Neuro-Psychiatrie, domaine universel, dit sa joie et celle de ses collègues du Corps Enseignant de voir réunis à l'Amphithéâtre Pitres les Aliénistes et les Neurologistes du monde entier pour y travailler au développement d'une des branches les plus françaises de la médecine.

M. le Dr Paul Vervaeck, Inspecteur des Asiles (Belgique) :

En l'absence du Dr Duchâteau, Inspecteur général des Asiles de Belgique, j'ai l'honneur et le plaisir d'adresser au bureau et aux membres du 35e Congrès des Aliénistes et Neurologistes le salut et les vœux de M. le Ministre de la Justice. Une longue tradition veut que son département soit représenté à vos assemblées ; elle est particulièrement opportune à l'heure où la réforme du régime des malades mentaux est à l'ordre du jour dans les deux pays.

Faut-il le dire, nous en avons suivi avec intérêt la discussion parlementaire, que, plus heureux que nous, vous avez pu déjà aborder. En revanche, les premières applications de la loi belge de défense sociale contre les délinquants aliénés ou anormaux, constituent une expérience aussi intéressante pour les juristes que pour les psychiatres.

En vous adressant, Mesdames et Messieurs, les excuses du Dr Duchâteau qu'une indisposition tient éloigné de vous, je me rends compte combien mieux que moi il eût exprimé ce qui, pour nous Belges, fait le charme de vos réunions et la séduisante clarté de la pensée scientifique française et votre accueil toujours si cordial. Plus que jamais, nous en sentons le prix dans cette glorieuse faculté de médecine, qu'illustrèrent de leur enseignement des maîtres de la neurologie et de la psychiatrie, et où leurs traditions sont soutenues avec tant d'éclat.

C'est à cette double attirance qu'obéirent sans nul doute, Mesdames et Messieurs, mes collègues belges, et parmi eux les représentants autorisés de nos sociétés nationales de Médecine mentale et de Neurologie, venus en nombre pour collaborer et s'instruire à vos travaux, auxquels nous souhaitons tous le plus vif succès.

M. le Dr G.-W. Smith, délégué de la Grande-Bretagne :

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président,
Messieurs et chers Collègues,

Choisi par la « Royal Medico-Psychological Association » de la Grande-Bretagne, pour la représenter à ce Congrès, je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements pour votre aimable invitation qui m'a valu cet honneur et ce plaisir.

Permettez-moi, également, de me faire l'interprète de mes collègues britanniques et de vous transmettre leurs sentiments de franche cordialité ainsi que leurs vœux pour le succès de ce Congrès.

M. le Professeur A. Donaggio, Doyen de la Faculté de Médecine de Modène, délégué de Sociétés italiennes de Neurologie

et de Psychiatrie, dans une de ces allocutions vibrantes dont il a le secret, exprima les sentiments de ses collègues d'Italie, hautement sympathiques à nos Congrès. Il trouva des termes exquis pour louer le charme de Bordeaux, la cordialité de son accueil et marquer le plaisir qu'il éprouve chaque année à se retrouver avec ses amis de France et des Pays de langue française. Des acclamations soulignèrent les mots aimables qu'avec des accents d'une grande sincérité il prononca à l'égard de la France, amie de l'Italie.

M. le Professeur ABADIE, Délégué de M. le Ministre de l'Instruction publique :

Au nom de M. le Ministre de l'Instruction publique, j'ai le devoir et l'honneur de saluer ici M. le Président et MM. les membres de la 35ᵉ session du Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France et des Pays de langue française ;

En son nom, je salue particulièrement MM. les médecins étrangers, délégués des Sociétés Savantes et représentants des Universités étrangères, qui ont tenu à honorer de leur présence ce Congrès, et à lui apporter leur collaboration si hautement estimée. Le Ministre les remercie profondément d'avoir bien voulu accomplir ainsi un de ces actes de coopération intellectuelle qui, en rapprochant l'esprit et le cœur des élites, fait plus pour l'union des peuples que les discours les plus éloquents.

M. le Ministre de l'Instruction publique, en se faisant, chaque année, représenter officiellement auprès de vous, tient à rendre un hommage constant à la belle tenue scientifique de vos Congrès, et à manifester le grand intérêt qu'il apporte à suivre, au travers de vos travaux, les progrès de la science neurobiologique. Aujourd'hui, il vous adresse par ma voix ses vœux les plus chaleureux pour le succès de cette session.

M. le Dʳ DEQUIDT, Inspecteur général des Services Administratifs au Ministère de l'Intérieur, délégué officiel de M. le Ministre de la Santé publique, a dit l'intérêt avec lequel le Gouvernement et les départements ministériels intéressés suivaient les travaux de nos Congrès. Sa présence à la XXXVᵉ session signifie que M. le Ministre de la Santé publique est

particulièrement attentif à tout ce qui a trait à l'assistance, au traitement des aliénés. Il recueillera des enseignements, des suggestions dont l'administration centrale ne manquera pas de faire son profit. En outre, M. le D[r] Dequidt a marqué tout le plaisir qu'il éprouvait à se trouver dans une ville si accueillante et attachante au milieu de confrères dont beaucoup sont ses amis.

M. Van der Scheer (Hollande) :

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Doyen,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

En ma qualité de délégué de la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie, j'ai pour mission de vous présenter les salutations de mes collègues hollandais.

Quand, l'année passée, par des circonstances imprévues, j'étais empêché d'assister à votre session à Lille, je me sentais triste de ne pouvoir pas rencontrer mes amis français et belges, mais aussi comme je n'avais pas l'occasion de renouveler les liens d'amitié entre nos deux pays.

Nous avons pour la France, comme vous le savez, Monsieur le Président, des sentiments d'amitié, nous avons une haute admiration pour sa culture, pour sa science. Donc, c'était pour moi une grande joie de recevoir de la Société Néerlandaise de Psychiatrie l'invitation de la représenter cette année ici, au Congrès de Bordeaux. Permettez-moi d'exprimer aussi, au nom de mes compatriotes qui sont présents ici, l'assurance du très grand plaisir que nous éprouvons à nous trouver parmi vous. Nous avons conservé des souvenirs agréables de vos réceptions chaleureuses, de vos séances scientifiques. Je renouvelle l'expression de notre cordiale amitié et je tiens à exprimer les vœux les plus sincères pour la parfaite réussite de vos travaux.

Le D[r] Louis Livet, délégué officiel du Protectorat du Maroc, apporte au Congrès le salut de ses collègues, formule des vœux pour le succès de la session et exprime l'espoir que la session de Rabat, différée pour des raisons administratives, se réali-

serait dans un avenir prochain. Ses collègues sont certains d'être chaleureusement accueillis au Maroc ; ils y trouveront la marque d'un effort considérable accompli en vue de l'assistance en général et de celle des malades du cerveau en particulier.

M. Elysio de Moura (Portugal) :

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

L'Université de Coïmbra a bien voulu me charger de la représenter auprès de la 35e session du Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France et des Pays de langue française.

En acceptant cette mission, que j'apprécie hautement, j'ai à la fois le grand honneur et le grand plaisir de vous adresser à cette séance inaugurale les hommages les plus respectueux et les remerciements cordiaux de la multiséculaire Université portugaise, sur laquelle la France, unie à mon pays par de très fortes affinités spirituelles et de race, a exercé et exercera, par la valeur inestimable de sa contribution au patrimoine scientifique et littéraire de l'Humanité, la plus notable et noble influence.

Quant à moi, je tiens à marquer la joie et la fierté que j'éprouve, de me retrouver parmi vous, devant une si illustre assemblée ; sur le sol de ce merveilleux pays où j'aime toujours à revenir, dans cette ville, grande à tous les égards, qui, comme la capitale de mon pays, est située près de ce même océan que les célèbres navigateurs portugais des temps glorieux de notre histoire ont parcouru pour la découverte de pays inconnus et pour ouvrir le chemin maritime des Indes ; dans cet amphithéâtre qui porte le nom, universellement vénéré, d'un maître éminent de l'Université de Bordeaux.

Mesdames, Messieurs, que cette session qui s'ouvre aujourd'hui, solennellement, soit une nouvelle et éclatante affirmation de l'efficacité, du travail en commun et accordant des Neurologistes et des Psychiatres.

Puisse-t-elle devenir mémorable par la fécondité de ses résultats pour le plus grand prestige de la science neuropsychiatrique.

Puisse encore le Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France et des pays de langue française, qui prend de plus en plus un caractère international, grouper étroitement autour de la France non seulement les pays qui lui sont unis par le lien si puissant de la communauté de langue, mais aussi ceux qui, en dépit de la diversité de langue, voire même de race, ont le même idéal de civilisation, admirent l'incomparable culture française et aiment le génie créateur de la France éternelle, dont le cœur latin a battu par toutes les grandes joies et toutes les grandes souffrances de l'Humanité. Ce sont les vœux les plus fervents du Portugal.

M. le Dr Bersot, délégué de la Société Suisse de Psychiatrie:

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Doyen,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Les psychiatres et neurologistes de Suisse m'ont prié de vous apporter ici l'hommage de leur confraternelle amitié et leurs vœux les meilleurs pour la complète réussite du Congrès de Bordeaux.

Il y a 5 ans déjà, vous nous faisiez l'honneur et le plaisir de siéger dans notre pays, à Genève. Depuis lors, nous avons vécu les inoubliables journées de Blois, d'Anvers, de Barcelone, de Lille ; nous allons vivre les journées de Bordeaux, toutes de soleil, de bienfaisante confraternité et d'enrichissement scientifique... et déjà notre petite patrie se prépare à vous recevoir de nouveau avec la grande famille des neurologistes du monde entier.

C'est à Berne, en effet, à fin juillet prochain, que se tiendra le Congrès International de Neurologie. Nous espérons que vous y assisterez nombreux. Notre Société suisse de psychiatrie tiendra ses assises à cette occasion et verrait avec joie nos confrères d'autres pays participer à ses séances.

Nous savons que, par les soins diligents du Dr Dubois, Berne se prépare à recevoir dignement ce vaste Congrès. L'Ours de Berne a déjà rentré ses griffes et fait patte de velours. Si nous avons la chance de jouir d'un soleil aussi

éclatant que celui d'aujourd'hui, nos montagnes se revêtiront de leur plus majestueuse et sauvage splendeur pour vous accueillir, et nous aurons aussi à cœur de ne pas faillir aux traditions d'hospitalité qui sont de règle dans vos Congrès.

Mesdames et Messieurs, nous venons à Bordeaux avec joie. Ne sommes-nous pas ici sur cette noble terre de France, si favorable à l'éclosion des génies, et dont les écoles neuro-psychiatriques, tout particulièrement ont su faire connaître au loin les qualités de lumineuse clarté, de précision et de rigueur scientifique si caractéristiques de l'esprit français ? Et, d'autre part, n'avez-vous pas su choisir admirablement le cadre de ce Congrès ?

Après nous avoir promenés dans les jardins royaux de la Touraine, dans les industrieuses régions du Nord, vous avez tenu à nous faire voir et apprécier ce beau pays de la Gironde, si riche de beautés, de souvenirs et de gloire, cette opulente région aux crus renommés, au commerce si actif et prospère, à la population si accueillante et au parler si savoureux.

Enfin et surtout, nous venons ici avec joie, non seulement pour y savourer le menu scientifique de choix que nous serviront nos savants confrères, mais encore, et n'est-ce pas là précisément le charme le plus puissant de ces rencontres annuelles, pour faire plus ample connaissance avec nos confrères et pour resserrer les liens qui unissent la belle famille des psychiatres et neurologistes de langue française.

Le Dr Perrussel, délégué du Protectorat Français de *Tunisie*, apporte l'hommage du gouvernement tunisien à la XXXVe session du Congrès. Il est heureux d'annoncer qu'une des manifestations du cinquantenaire du Protectorat Français en Tunisie est l'ouverture de l'Hôpital pour les maladies mentales de la Manouba (180 lits réservés aux Tunisiens), qui va prendre dans les années à venir une importance plus considérable. Il rappelle que c'est le professeur Porot, un des anciens secrétaires généraux du Congrès, qui a inauguré en Tunisie une assistance moderne des Psychopathes, par la construction, dès 1911, du Pavillon des Nerveux de l'hôpital civil de Tunis, modèle du genre, que le Congrès a visité avec le plus grand intérêt en 1912. Il insiste sur le fait que la réalisation actuelle est due en grande partie à l'orientation donnée par le professeur Régis à l'assistance des aliénés aux Colonies.

Dr Pactet, Président de la XXXVe session :

Mes chers Collègues

En prenant aujourd'hui la présidence du XXXVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, je tiens à vous adresser mes bien vifs remerciements et à vous exprimer toute ma gratitude de m'avoir appelé à ces fonctions que je m'efforcerai de remplir avec tout le zèle dont je suis capable.

C'est un très grand honneur que de présider ce Congrès et j'en sens tout le prix en me rappelant le nom de mes prédécesseurs dont plusieurs furent mes maîtres.

Je suis certain, d'être l'interprète fidèle des sentiments de tous les membres du Congrès en vous remerciant, M. le Préfet, du grand honneur que vous nous faites aujourd'hui en présidant cette séance solennelle d'inauguration. Nous vous prions de transmettre l'expression de notre gratitude aux membres de l'Assemblée départementale.

Merci à tous nos collègues de l'Etranger qui nous apportent le témoignage précieux de leur sympathie.

J'adresse aussi mes remerciements à toutes les autorités et à toutes les notabilités qui en se réunissant pour constituer le Comité d'honneur ont contribué au succès de notre Congrès.

L'usage exige que le Président traite à la séance d'ouverture un sujet de son choix.

Si vous le voulez bien, je parlerai de l'armée et des aliénés.

*
**

La folie est aussi vieille que l'homme. Les époques fabuleuses de la Grèce, les livres sacrés de tous les peuples en donnent des exemples. L'histoire des filles du roi d'Argos qui se croyaient changées en génisses par Junon et mugissaient comme ces animaux, les accès d'agitation du roi Saül et les crises de lycanthropie de Nabuchodonosor sont dans toutes les mémoires. L'esprit humain ayant une tendance spontanée à rechercher les causes sans posséder toujours les moyens d'investigation qui permettent de les découvrir, il était fatal, d'après l'état contemporain de la civilisation, que ces désordres de la raison fussent rapportés à l'action de la divinité et leur redressement attribué à la caste sacerdotale. C'était alors Apollon qui

inspirait le délire des prophètes, les Muses celui des poètes, Bacchus présidait à l'exaltation des Bacchantes et Eros aux ébats des amants.

Après bien des siècles, nous avons, par Erasme, l'explication de l'origine divine du délire. Il est vrai que c'est la folie elle-même qui lui dévoile ce secret. Mais comme un proverbe grec affirmait que quelquefois un fou a dit des choses fort raisonnables, nous pouvons toujours l'écouter. « Pour bien comprendre ce que je veux dire, il est bon que vous sachiez une chose. Les Dieux sont sobres jusqu'au dîner, ils emploient ce temps-là à délibérer en se querellant ou à écouter les vœux des mortels. Au sortir de table, comme le nectar dont ils ont bu largement leur envoie des fumées au cerveau, ils ne peuvent plus s'appliquer aux affaires. Que croyez-vous qu'ils fassent pour se remettre la tête ? Ils s'assemblent tous au plus haut du ciel, c'est de là, qu'assis à leur aise, ils regardent en bas, ils examinent les différentes actions des hommes et ils n'ont point de spectacle plus réjouissant. Grands Dieux, quelle agréable comédie pour vous que tous ces mouvements qu'une poignée de fous se donnent sur la terre. » Et c'est le défilé des hommes à qui la poursuite de la chimère enlève la claire vision de la réalité.

Que les délires soient un présent céleste ou qu'ils soient une infirmité de notre nature, ce qu'admettait déjà l'école d'Alexandrie, on ne tardait pas à s'apercevoir que ceux qu'ils atteignaient, et à qui Asclépiade, le premier, a attaché le nom si heureux et si profond d'aliénés, étaient toujours en quelque manière étrangers au milieu où ils vivaient et que la société était amenée à envisager leur situation sous ses différents aspects pour les protéger et pour se protéger elle-même. Ce n'est plus dès lors l'origine, mais le caractère de leurs actes qui retient l'attention et à des vues métaphysiques se substituent des notions positives sur leur véritable état. Ce jour-là, la médecine mentale était née et l'aliéné ne relevait plus des prêtres, mais des médecins et bientôt les tableaux cliniques que brossaient Arétée, Cœlieus, Aurélianus inspiraient aux législateurs de l'époque des mesures d'intérêt public et d'ordre privé à l'égard de ces malades.

On s'attendrait à voir la médecine mentale, avec des lettres de noblesse aussi anciennes et à mesure qu'elle s'établissait sur des assises de plus en plus solides, développer son ascendant sur les Sociétés à venir. Mais survint le retour en arrière qui suivit la mort de la science antique et les civilisations ne

pouvant vivre qu'avec les cerveaux qui les ont enfantées, il fallut, si j'ose dire, une rééducation de l'esprit humain pour réintégrer la médecine mentale dans les domaines où elle avait déjà autrefois acquis droit de cité.

Ce serait une promenade trop longue, encore bien qu'intéressante, de l'accompagner dans ses étapes de réintégration, mais j'aimerais, du moins aujourd'hui, suivre sa marche laborieuse dans un milieu qui, de par les conditions mêmes de son existence, semblait devoir lui réserver un plus facile accès, je veux dire le milieu militaire.

L'armée, en effet, est un organisme dont la destination ne souffre nulle atteinte à l'harmonie d'un dynamisme préétabli en vue d'une action strictement déterminée. Tout élément perturbateur fait obstacle à l'accomplissement normal de sa fonction et l'aliéné ne peut y avoir, entre autres inconvénients, que la plus fâcheuse influence sur le maintien de l'ordre et de la discipline.

D'autre part, l'armée est une foule ayant la psychologie des foules et, par suite, soumise aux lois de l'imitation. Dans toutes les grandes collectivités humaines, l'intensité d'imitation est proportionnée à la multiplicité des rapports existant entre les éléments qui les constituent : d'où le caractère contagieux de tous les phénomènes marquants qui s'y produisent. L'influence de l'imitation est même si forte qu'elle pénètre, rayonne et se diffuse à l'insu de ceux qui la subissent, de sorte qu'un acte, d'une apparente spontanéité, relèvera cependant de l'imitation inconsciente et ne sera parfois que difficilement rapporté à sa véritable cause.

Cette aptitude des groupements humains à l'imitation est d'ailleurs mise à profit dans l'armée où l'on encadre les recrues, dont l'éducation militaire est encore imparfaite, par des soldats de métier plus anciens dont le rôle est d'agir par l'exemple.

Mais l'exemple qui contribue à l'acquisition de qualités indispensables au soldat, peut s'exercer aussi dans un sens opposé et l'exemple de l'indiscipline n'est pas moins contagieux que celui de l'esprit militaire.

Cependant ce fait d'observation banale a mis quelque temps à retenir l'attention. Ce n'est guère que vers 1909 qu'il y est fait allusion pour la première fois, croyons-nous, dans une circulaire du Ministre de la marine aux vice-amiraux.

« Les Commandants des bâtiments en campagne, écrit le Ministre, se plaignent de plus en plus de la proportion assez forte d'hommes notoirement indisciplinés ou condamnés, tant par les juridictions militaires que par celles de droit commun qui entrent dans la composition de leurs effectifs. Certains ont, à ce sujet, signalé la difficulté, voire même l'impossibilité où ils se trouvent parfois d'exercer sur ces hommes une action efficace et d'assurer le maintien de la discipline dans des conditions satisfaisantes.

« Je me suis rendu compte, par l'examen de ces rapports, que la présence à bord de tels individus est trop souvent de nature à porter atteinte au prestige et au bon renom de la Marine à l'étranger, et j'ai pu constater que dans un cas fort heureusement isolé, la sécurité du bâtiment en avait été presque compromise.

« J'ai jugé indispensable de porter remède à cette situation. »

Il rappelle alors un décret récent qui a prévu une affectation spéciale pour les marins réintégrés dans les équipages après avoir subi certaines condamnations et il ajoute :

« Cette affectation n'a pas pour objet de les soustraire aux obligations normalement imposées aux marins de bonne conduite, ni de reconstituer à leur égard, sous une forme déguisée, un régime répressif spécial. Son but est d'éviter que la dissémination, dans tous les services, d'hommes de moralité douteuse, ne soit une cause de contamination pour les éléments sains. La surveillance constante et efficace, que leur groupement rend possible, permet seule d'éviter cette contamination. »

Cette circulaire établit nettement, en effet, la nécessité, dans l'intérêt de la discipline et de l'ordre, d'une sélection qui isole les hommes dont les manifestations de l'activité sont toujours d'un fâcheux exemple et peuvent être parfois une source de danger.

Elle ne fait aucune allusion aux aliénés, mais qui oserait affirmer qu'à la lumière de la psychiatrie quelques-uns des sujets auxquels elle s'applique n'apparaîtraient pas sous un jour quelque peu différent de celui où ils sont présentés.

La distinction entre le vicieux, le délinquant, le simulateur, tributaires de la discipline et de la justice, et l'aliéné n'est pas toujours facile à établir, comme le faisait remarquer Régis,

dans sa conférence à l'Ecole de St-Maixent, sur le rôle de l'officier dans l'hygiène mentale du soldat, « car souvent rien ne ressemble plus à un criminel qu'un aliéné et qu'un acte morbide à un acte pervers ».

Mais le fait intéressant à retenir, en l'espèce, c'est la constatation, par l'autorité militaire elle-même, de la puissance nocive d'éléments dont l'exclusion de certaines parties du service s'impose.

Cette situation n'est pas spéciale à l'armée de mer, elle s'est manifestée aussi, avant la guerre, par quelques incidents retentissants dans certains corps d'Algérie.

Si les anomalies psychiques du soldat ont un retentissement pernicieux sur le milieu militaire, ce milieu lui-même n'est-il pas capable d'exercer une action particulière sur la mentalité de ceux qui y pénètrent ?

A cette question, tous les auteurs qui se sont occupés de l'aliénation mentale dans l'armée font des réponses qui n'offrent pas de sensibles divergences.

L'entrée de tout élément étranger dans une collectivité humaine, quelle qu'elle soit, provoque toujours l'apparition de certains phénomènes, indice d'un travail d'adaptation réciproque de l'individu et de la collectivité. Ce travail s'accomplit avec d'autant plus de facilité que les éléments en présence sont plus malléables et que les différences qui les séparent sont moins accentuées. Ici, la rigidité du milieu oblige le sujet à fournir à lui seul tout l'effort nécessaire à l'accommodation et cet effort disproportionné parfois avec la force de sa résistance mentale pourra avoir une influence fâcheuse sur le domaine de l'intelligence ou sur celui de l'activité. Mais qu'il en résulte des actes anormaux, qui pourront être des actes d'indiscipline ou bien des troubles intellectuels, ce sont, dans l'un et l'autre cas, des phénomènes relevant d'une cause identique, c'est-à-dire de la difficulté ou même de l'impossibilité pour le sujet de s'adapter au milieu.

Le jeune homme qui arrive au régiment a vingt ans : c'est un âge critique de la vie, comme dit Saporito, où dominent l'exubérance de toute énergie vitale, le tumulte de l'affectivité, le bouillonnement des passions les plus diverses, un âge qui est plus enclin à projeter au dehors les impressions du *moi* qu'à se laisser dominer par la contrainte d'où qu'elle vienne, un âge, enfin, où les aspérités du caractère n'ont pas encore eu

le temps de s'émousser au contact des mille difficultés de l'existence. L'obligation du service militaire se présente alors comme une digue s'opposant à l'expansion de toutes ces forces débordantes, pour les canaliser, pour les modeler sur un type uniforme et les orienter vers une seule direction.

Cette psychologie juvénile, toute vibrante, vient se heurter, dans le milieu militaire, à un esprit spécial bien différent du sien, à un esprit qui fait table rase de toutes les habitudes antérieures et contraint à un genre de vie-soumis aux règles d'une inflexible discipline. On conçoit la violence du choc entre éléments aussi disparates.

La vie militaire crée une double série d'obligations. En plus de l'instruction proprement dite qui réclame surtout de l'endurance, de la résistance physique, il faut acquérir certaines qualités morales, considérées pour le moins comme aussi importantes ; il faut, en un mot, faire son éducation militaire.

Or, le but de l'éducation militaire est de créer chez chaque soldat, en vue de la collaboration à une œuvre commune, un être mental ayant des idées, des tendances, des besoins semblables à ceux qui caractérisent la collectivité ; de réaliser, en vue d'une similitude collective, le nivellement de tout relief, bref, de façonner une psychologie très différenciée de celle de la vie ordinaire.

Acquérir l'esprit militaire, voilà l'idéal qui s'impose au jeune soldat. Mais l'esprit militaire, c'est la subordination hiérarchique constante, c'est l'acceptation et l'exécution passive de tous les ordres reçus, sans velléités de discussion ou de résistance ; c'est la certitude que toute initiative venant du supérieur ne peut être dictée que par l'intérêt du service ; c'est, en un mot, la suprématie incontestée de la discipline et le sacrifice librement consenti de la personnalité individuelle à la personnalité collective qui se confond ici avec celle des chefs, à tous les degrés de la hiérarchie. L'esprit militaire est, en somme, la résultante psychique de l'adaptation de l'individu aux exigences du milieu.

Cet esprit, pour quelques-uns, n'est pas dénué de charme : il facilite singulièrement les conditions de l'existence, il réalise à sa manière, par la renonciation volontaire à l'esprit critique, une unité mentale assez analogue à celle du croyant à qui la fixité du dogme évite les fluctuations souvent pénibles du libre examen. Pour qui peut s'y soumettre, sans en souffrir,

l'obéissance est la tranquillité intellectuelle et morale assurée.

Mais à côté des natures qui s'y complaisent, il en est d'autres qui s'y montrent plus ou moins réfractaires.

« Pour moi, écrit Renan dans ses *Souvenirs d'enfance et de jeunesse*, je ne crois pas qu'à aucune époque de ma vie, j'aie obéi ; oui, j'ai été docile, soumis, mais à un principe spirituel, jamais à une force matérielle procédant par la crainte du châtiment. Ma mère ne me commanda jamais rien. Entre moi et mes maîtres ecclésiastiques tout fut libre et spontané. Qui a connu ce *rationabile obsequium* n'en peut plus souffrir d'autre... Je n'aurais pu être soldat ; j'aurais déserté ou je me serais suicidé. »

Ces mots sortis de la plume de Renan ne mettent-ils pas en lumière l'inadaptabilité originelle de quelques-uns aux obligations du service militaire et n'aident-ils pas à découvrir le secret physiologique de tel acte qui, dans des circonstances exceptionnelles, il est vrai, aura pu être accompli sous la force impulsive de dispositions psychologiques latentes.

La gêne apportée par la discipline à la libre expansion de la personnalité individuelle n'est pas le seul obstacle à l'adaptation de l'individu au milieu ; il en existe d'autres dont l'action n'est pas négligeable. Le changement radical d'habitudes, le chagrin résultant de l'éloignement du pays natal, de la famille, des amis, les mille ennuis inséparables de l'arrivée à la caserne, les plaisanteries, les brimades des camarades, parfois le défaut de bienveillance, voire l'arbitraire de certains chefs subalternes, voilà encore autant de causes dont l'effet déprimant peut se faire sentir sur la mentalité au point d'en amener des déviations pathologiques et conduire parfois jusqu'à la désertion et même au suicide.

A ce propos, une page de Renan sur son arrivée au petit séminaire de St-Nicolas-du-Chardonnet, semble encore éminemment apte à faciliter la découverte, en présence de certains actes, du véritable ressort de la conduite. Elle peint, en effet, mieux qu'une observation clinique, le déchirement qui s'opère chez quelques êtres quand on les sépare du milieu où ils ont vécu.

« Ce fut la crise la plus grave de ma vie. Le Breton jeune est difficilement transplantable. La vive répulsion morale que j'éprouvais, compliquée d'un changement total dans le régime et les habitudes, me donna le plus terrible accès de nostalgie.

L'internat me tuait. Les souvenirs de la vie libre et heureuse que j'avais jusque-là menée avec ma mère me perçaient le cœur. Je n'étais pas le seul à souffrir. M. Dupanloup n'avait pas calculé toutes les conséquences de ce qu'il faisait. Sa manière d'agir, impérieuse à la façon d'un général d'armée, ne tenait pas compte des morts et des malades parmi ses jeunes recrues. Nous nous communiquions nos tristesses. Mon meilleur ami, un jeune homme de Coutances, je crois, transporté comme moi, excellent cœur, s'isola, ne voulut rien voir et mourut. Les Savoisiens se montraient moins acclimatables encore. Un d'eux, plus âgé que moi, m'avouait que chaque soir, il mesurait la hauteur du dortoir du troisième étage au-dessus de la rue St-Victor. Je tombai malade ; selon toutes les apparences, j'étais perdu. Le Breton qui est au fond de moi s'égarait en des mélancolies infinies. Le dernier Angelus du soir que j'avais entendu rouler sur nos chères collines et le dernier soleil que j'avais vu se coucher sur ces tranquilles campagnes, me revenaient en mémoire comme des flèches aiguës. Selon les règles ordinaires, j'aurais dû mourir. J'aurais peut-être mieux fait. Deux amis que j'amenai avec moi de Bretagne l'année suivante, donnèrent cette grande marque de fidélité ; ils ne purent s'habituer à ce monde nouveau et repartirent. »

Mais, dans l'armée, la détermination à laquelle se sont arrêtés les deux amis de Renan s'appelle la désertion.

En dehors de ces influences morales, l'instruction militaire, par les fatigues, le surmenage qu'elle impose et les auto-intoxications qui peuvent en résulter du côté des centres nerveux n'est pas non plus sans danger pour l'équilibre mental. Cazeneuve, dans son intéressant travail sur l'engagement volontaire, avait bien mis ce point en valeur.

Et puis, il y a l'état de guerre. Jacoby avait déjà observé, au cours de la guerre russo-japonaise, l'accroissement du nombre des aliénés ; le fait a encore été mis en évidence par la dernière guerre.

Les privations, les fatigues, le surmenage, les traumatismes physiques et psychiques influent sur la production des troubles mentaux. De plus, la guerre est devenue une sorte de boucherie industrielle à procédés perfectionnés. Elle fait penser à l'horreur de ces tourmentes produites par les déchaînements de la nature. C'est un tremblement de terre qui secoue tout l'édifice mental et physique du soldat et particulièrement son système nerveux.

Si le milieu militaire ne paraît pas apte à créer des maladies mentales par lui seul en dehors d'une prédisposition individuelle antérieure, si son action se borne à mettre en valeur la faiblesse originelle du système nerveux, on s'accorde toutefois à le considérer comme une sorte de réactif mental auquel serait extrêmement sensible tout cerveau dont la résistance est diminuée. De là, maintes situations qui ne peuvent s'éclairer qu'au jour de la médecine mentale. Il semblerait donc que, de tout temps, l'armée dût lui réserver un accueil des plus favorables et cependant ce n'est qu'à pas timides qu'elle s'y est avancée.

Faut-il en voir la cause dans le fait que les précurseurs n'ont pas, en général, d'avantages à escompter de la lutte qu'ils engagent contre une majorité indifférente, souvent hostile, surtout quand il faut heurter de front les idées du moment. Puis l'exclusion des aliénés devant être fréquemment prononcée à propos d'infractions à la discipline, le médecin qui venait plaider devant le commandement l'irresponsabilité pour des actes qui touchaient au principe vital de l'armée, avait un rôle ingrat à remplir.

Cependant, déjà en 1888, Duponchel, professeur agrégé au Val-de-Grâce, faisait des conférences cliniques et médico-légales sur les impulsions morbides à la déambulation observée chez des militaires.

Il est permis de croire toutefois que la tâche avait peu d'attrait et que l'étude de la psychiatrie n'était pas alors en honneur dans le corps de santé militaire, puisqu'à propos d'un malade méconnu et condamné, il s'exprimait ainsi : « Comment voulez-vous qu'un Conseil de Guerre s'arrête, si l'avocat n'insiste pas, à une semblable défense, alors que tant de nos confrères tranchent de si haut et sans vouloir condescendre à s'en préoccuper, ces délicates questions de pathologie cérébrale ? Volontiers ils considèrent comme des naïfs et des dupes ceux qui semblent chercher à disculper de semblables récidivistes et qui s'efforcent de trouver le fil conducteur dans ce dédale obscur des aberrations mentales passagères, coïncidant avec un état habituel des fonctions psychiques non susceptible de faire classer les sujets parmi les aliénés véritables. »

Il n'en donnait pas moins à ses élèves les plus judicieux conseils sur l'impérieuse nécessité, dans les cas difficiles, d'une conduite à la foi prudente et éclairée : « Avant de s'arrêter à l'hypothèse d'une simulation, il est toujours indispensable

d'éliminer, au préalable, toutes les affections dans lesquelles peuvent se rencontrer les symptômes constatés ou allégués... En dehors de cette méthode, il n'est qu'illusions, vanité, erreurs ! »

Mais la question des aliénés dans l'armée évoque aussitôt à l'esprit et surtout ici, à Bordeaux, le nom de Régis. L'un des premiers, il a attiré l'attention sur les dégénérés militaires et, déjà en 1889, il inspirait à l'un de ses élèves, Lacausse, une thèse sur « *Les dégénérés psychiques étudiés spécialement au point de vue du service militaire* ».

Il n'a cessé, à aucun moment, de se livrer à un véritable apostolat en faveur de l'extension de l'expertise dans l'armée, de l'enseignement de la pathologie mentale aux élèves du service de santé et de l'élimination du milieu militaire des dégénérés dont l'inadaptabilité est irréductible. En 1899, il faisait adopter par le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, à Marseille, le vœu suivant : « Le Congrès émet le vœu que l'expertise médico-légale soit organisée devant les tribunaux militaires de terre et de mer comme elle l'est devant les tribunaux ordinaires et, en particulier, que l'examen mental de tout militaire en prévention soit pratiqué par les médecins du corps avec adjonction possible, sur leur demande, d'experts civils pris sur la liste dressée chaque année par le tribunal du ressort. »

Il inspirait des thèses sur les questions de psychiatrie militaire aux élèves de la Faculté de Bordeaux. Entre temps, il faisait aux élèves de l'Ecole militaire d'infanterie de St-Maixent une conférence sur « *L'officier dans l'hygiène mentale du soldat* » où il exposait sa conception du rôle de l'officier qui doit se proposer, selon lui, un triple but : l'examen psychologique des hommes placés sous sa direction, la distinction des sains et des tarés, enfin l'élimination des plus atteints parmi ces derniers et l'amendement de ceux dont l'état peut être amélioré.

Au 6e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes qui se tint à Bordeaux en 1895, Challan de Belval, médecin-chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, terminait sa communication sur les conséquences médico-légales de l'épilepsie dans l'armée par ces conseils judicieux : « Soyez impitoyables pour les simulateurs avérés; mais surtout, débarrassez-vous de la contagion des manifestations nerveuses ; éliminez même les suspects. Ce n'est pas le nombre des hommes qui fait la force d'une armée, c'est le nombre des soldats. »

A cette occasion, Régis exprima le regret que l'expertise ne fût pas organisée devant les tribunaux militaires comme elle l'est devant les tribunaux civils : « Lorsqu'il s'agit d'un inculpé peut-être irresponsable, il doit y avoir place pour la science comme il y a partout place pour la défense. »

Au Congrès de Marseille, en 1899, Taty, dans son rapport sur les « *Aliénés méconnus et condamnés* », fait allusion à la thèse de Ferris qui contient des observations d'aliénés condamnés par les tribunaux militaires sans expertise préalable et Granjux intervient dans la discussion pour établir, la statistique médicale de l'armée en main, que les réformes prononcées du fait de l'aliénation mentale ont une prédominance marquée dans les corps d'épreuve et les prisons militaires.

En 1903, avec mon regretté ami le D[r] Henri Colin, dans notre ouvrage sur « *Les Aliénés dans les Prisons* », nous rapportons plusieurs observations de militaires aliénés contre lesquels des condamnations sévères avaient été prononcées.

Granjux, au Congrès de Rennes, en 1905, présente un projet de résolution qui fut adopté. Il comportait l'obligation, pour tout engagé volontaire, de fournir un certificat médical constatant qu'il est sain de corps et d'esprit et la production dans le dossier de tout militaire en prévention de conseil de guerre ou de discipline, d'un certificat du médecin du corps et enfin l'assistance aux cours de psychiatrie des Facultés et le stage dans un service spécial, pour les élèves du service de santé. Il ouvre, d'autre part, largement aux questions de pathologie mentale les colonnes du « Caducée » où vont paraître des études de Famechon, Bonnette, de Roussel et Lesnes, de Boigey, de Jude.

Dans un article du « Progrès Médical » en 1906, Demmler expose comment il conviendrait d'établir le dossier sanitaire des recrues devant le Conseil de révision. Dans un esprit très libéral, il propose que le médecin civil ayant rédigé un certificat, soit mis à même de discuter, en fin de conseil, sa manière de voir avec ses confrères militaires.

Puis les années suivantes verront l'attention des médecins s'orienter du côté des corps d'épreuve.

En 1905 et en 1907, j'obtiens l'autorisation de visiter, dans un but d'éudes, les détenus des ateliers de travaux publics et des pénitenciers d'Algérie, ce qui me permet de signaler à l'autorité militaire un certain nombre de détenus relevant du conseil de réforme.

Jude publie un travail d'ensemble sur « *Les dégénérés dans les bataillons d'Afrique* » avec la compétence que lui donnait un séjour de deux années dans l'extrême Sud.

Enfin, l'année 1909 donne une récolte particulièrement abondante de travaux sur l'aliénation mentale dans l'armée. Simonin traite des syndromes convulsifs et de leur expertise médico-légale, Chavigny, de la débilité mentale au point de vue du service militaire, Vigouroux écrit sur la démence précoce dans l'armée, Paul Rebierre fait paraître son livre « Joyeux et Demi-fous », Antheaume et Mignot leur ouvrage sur les maladies mentales dans l'armée française.

Puis s'ouvre à Nantes le Congrès qui avait, à son ordre du jour, la question de l'aliénation mentale dans l'armée. Dans les rapports de Granjux et de Rayneau, elle fut traitée avec toute l'ampleur qu'elle comporte.

Pendant les années qui suivent, s'épanouit, dans le « Caducée », une floraison d'articles de Simonin, de Gustave Bernard, d'Haury et paraît un ouvrage de Boigey, « Ateliers de travaux publics et détenus militaires ».

Ce ne sont pas, on le voit, des réalisations pratiques qui jalonnent la marche de la médecine mentale dans l'armée, mais l'abondance croissante de recherches médicales dégageant ces éléments impondérables qui, peu à peu, créent une opinion, la façonnent, la dirigent et finissent par la dominer. Je n'en veux pour preuve que le langage que tenait le professeur Simonin, en 1910, à la Société de médecine militaire française quand il disait que la mentalité de l'armée s'était profondément modifiée depuis quelques années, que l'officier avait l'obligation de se préoccuper du psychisme du soldat autant que de son bien-être et de son perfectionnement militaire.

Il faisait ressortir que la discipline ne se renfermait plus dans des formules strictes et invariables. Dans l'armée actuelle, disait-il, toute faute ou crime donne lieu à une enquête et même à une expertise pour peu que, dans ses caractères ou sa répétition, l'acte répréhensible ait paru indiquer, chez le coupable, une anomalie ou un trouble psychique quelconque. Des prescriptions ministérielles variées, empreintes de l'esprit de plus large et le plus humanitaire, ont consacré et même imposé ce mode de faire et lui ont donné une sanction officielle.

Et il ajoutait : le milieu militaire est donc absolument préparé à subir toutes les suggestions de l'expertise psychiatrique

et il l'attend, à n'en pas douter, de ses experts naturels, les médecins militaires.

Néanmoins, en 1914, le statut concernant l'assistance des aliénés en campagne n'était pas encore établi. Il est juste de reconnaître, que sous la pression des événements, les organisations militaires psychiatriques ne tardèrent pas à naître.

Le développement de ces organisations a été exposé, d'une façon très complète, par notre très distingué secrétaire permanent, le Dr René Charpentier, dans des notes sur l'assistance psychiatrique de guerre qu'il a publiées en 1919. Je tiens toutefois à dire que c'est au professeur Abadie que revient l'initiative d'avoir organisé, dès le mois de mars 1915, les premiers services de psychiatrie aux armées. Ces services étaient destinés à rassembler les malades nerveux ou mentaux, évacués comme tels, pour contrôler leur état, établir un diagnostic précis, dépister les simulateurs, éliminer sur l'intérieur dans les meilleurs conditions de surveillance ceux dont l'état nécessitait des soins prolongés ou une mesure administrative, guérir enfin sur place tous ceux qui sont susceptibles de revenir sur le front après un traitement approprié. A la suite d'un vœu émis par la Société de Neurologie, en octobre 1915, dans chacune des armées furent créés des centres neuro-psychiatriques et, avec les services de psychiatrie de l'intérieur, on peut dire que l'assistance des aliénés fonctionnait d'un façon satisfaisante.

La nécessité d'une excellente organisation psychiatrique de guerre n'est pas à démontrer, si l'on veut bien considérer aussi que le problème de l'élimination de l'armée des anormaux dont l'équilibre mental n'offre pas une stabilité suffisante, ne se présente pas sous un aspect identique pour les périodes de paix et pour celles de guerre.

Pendant la guerre, il faut obtenir le rendement maximum de toutes les forces en réserve dans le pays et on comprend que certains scrupules s'atténuent quand il s'agit d'incorporer des sujets qui, en dehors de cette période critique, auraient paru devoir être difficilement utilisés. Il est bien certain qu'il existe des situations où l'homme mobilisé ne se trouve pas dans des conditions d'existence foncièrement différentes de celles où il était dans la vie ordinaire et où son système nerveux n'est pas mis à la rude épreuve des attaques, des bombardements et de la vie des tranchées. Ici, la sélection pourra se montrer moins

sévère, car, si des troubles mentaux apparaissent dans la suite, ils n'auront pas, à tous égards, les conséquence fâcheuses, irréparables parfois, qu'ils peuvent entraîner dans d'autres circonstances.

Et puis, l'état de guerre est un état transitoire et il convient de ne pas négliger tout à fait l'intérêt permanent de la Société pour les périodes qui suivront. La guerre, par ses victimes, opère ce que l'on pourrait appeler une solution à rebours. Ce sont les hommes d'une bonne constitution générale, dont l'équilibre mental est satisfaisant, qui sont appelés à se battre et partant, exposés à disparaître. Au contraire, les sujets en état d'infériorité physique ou mentale sont mis à l'abri des coups. Eh bien, n'est-on pas en droit de rechercher si, parmi ces privilégiés, il n'en est pas qui pourraient payer aux risques de la guerre leur légitime tribut. Et l'on s'aperçoit de suite que toute une catégorie de sujets trouve, dans les périodes troublées, l'emploi utile d'aptitudes qui sont au contraire provocatrices de heurts avec un ordre social régulier. C'est d'ailleurs souvent à l'occasion de ces heurts qu'en temps normal, ils entrent dans l'armée par la voie de l'engagement volontaire.

Il y a quelques années déjà, on apprenait que, le 13 décembre, à la nuit, quarante huit légionnaires avaient quitté la redoute de Haïn-el-Hadjar, dans le Sud-Oranais, avec armes et bagages. L'un d'eux avait réussi à dérober un dolman d'officier et c'est revêtu de cet uniforme, qu'il commandait ses camarades.

La petite troupe se mit en route et se dirigea vers la ligne du chemin de fer. Dès que le train apparut, l'un des légionnaires fit, sur la voie, des signaux avec une lanterne rouge. Le mécanicien stoppa et fut entouré par les légionnaires qui occupèrent toutes les issues des wagons. Il reçut l'ordre de faire machine en arrière sous peine de mort, pendant que d'autres légionnaires coupaient les fils télégraphiques. Le train dut rétrograder jusqu'au point indiqué par le pseudo-lieutenant, et là, tous les légionnaires descendent, se rangent dans un ordre parfait, leur chef se met à leur tête, crie : « En avant, marche », et toute la bande s'éloigne dans la direction du Sud-Ouest.

On constata que les légionnaires n'avaient commis aucun acte de pillage, qu'ils n'avaient rien soustrait et avaient même respecté le wagon-restaurant et le wagon à bagages.

C'est là une escapade d'hommes travaillés par le cafard, c'est-à-dire souffrant de la différence entre l'énergie qu'ils se sentent capables de développer et la médiocrité de leur vie, hé bien, pendant la guerre, toute cette activité en réserve, accumulée par le désœuvrement, ce besoin du risque, ne peuvent-ils pas trouver un emploi avantageux ?

Depuis la guerre, un grand progrès a été réalisé, tout au moins en ce qui concerne l'enseignement de la psychiatrie dans l'armée. Si, avant 1914, le professeur Simonin et le professeur agrégé Chavigny faisaient bénévolement des conférences psychiatriques aux stagiaires du Val-de-Grâce, si les professants Jean Lépine à Lyon, Joffroy et Ballet à Paris ouvraient leurs cliniques aux élèves du service de santé, il n'existait pas de chaire officielle de psychiatrie dans les écoles de médecine militaire. Depuis 1925, cette omission est réparée, l'enseignement neuro-psychiatrique est officiellement reconnu, des conférences cliniques sont faites aux élèves et un stage hospitalier leur est imposé. Bien mieux, les assistants de médecine générale doivent être attachés, pendant un an, à un service neuro-psychiatrique. Tous les médecins militaires qui en font la demande peuvent être autorisés à faire, au Val-de-Grâce, un stage de perfectionnement d'une durée de trois mois dans cette spécialité. Les médecins des hôpitaux militaires peuvent prendre part au concours de spécialiste en médecine légale et en neuro-psychiatrie et ceux qui obtiennent ce titre de spécialistes sont affectés, en qualité de médecins-chefs, à un centre de neuro-psychiatrie régional.

Ces centres, également de création récente, sont au nombre de dix: huit en France et deux dans l'Afrique du Nord, à Alger et à Rabat. En principe, ils doivent être aussi nombreux que les corps d'armée, mais leur extension est subordonnée au nombre des médecins spécialisés et la pénurie de spécialistes se fait malheureusement sentir.

La question des pénitenciers militaires n'a pas non plus été négligée et un décret de 1925 a créé des médecins de pénitenciers et une inspection trimestrielle de ces établissements par le médecin-chef du centre neuro-psychiatrique de la région. Sur ce dernier point, l'administration militaire est en avance sur l'administration civile. Je dois ces renseignements à l'obligence de notre très distingué rapporteur, M. le professeur Fribourg-Blanc, qui occupe, depuis l'an dernier, la chaire neuro-psychiatrique du Val-de-Grâce.

Il était dans la destinée de la médecine mentale, après avoir subi bien des vicissitudes, de se voir élevée à un poste d'honneur dans presque tous les pays. Elle ne s'entend plus contester son concours nécessaire pour l'appréciation des cas douteux de folie. Elle a droit de cité dans le domaine médico-légal ; chacun ne se croit plus bon juge des écarts de la raison et tel vœu du Congrès de médecine légale de 1912, tendant à faire de l'expertise la première étape de l'instruction judiciaire, vœu qui semblait à l'époque des plus audacieux, se trouve maintenant presque réalisé.

Aujourd'hui, on ne lui demande plus seulement de déceler l'aliénation mentale, de la traiter, de la guérir, on veut qu'elle s'ingénie à la prévenir. De là, les ligues d'hygiène mentale qui s'organisent de tous côtés, s'attachent à la découverte des tares neuro-psychiatriques et recherchent les moyens les mieux appropriés pour les faire disparaître ou en atténuer les conséquences sociales.

Le Congrès d'hygiène mentale qui s'est tenu l'an dernier à Washington et qui réunissait les délégués de 53 nations montre l'importance qui s'attache partout à la question. Mais, sans aller si loin, il est un pays qui s'est toujours trouvé au premier rang quand il s'est agi de donner accès à la médecine mentale dans les milieux où elle pouvait exercer son action bienfaisante. Ce pays, c'est la Belgique. En 1891, un arrêté royal pris sur la proposition de M. Lejeune, Ministre de la Justice, créait déjà le service de médecine mentale des prisons belges dans le but de rechercher les aliénés qui pouvaient s'y rencontrer. Nous sommes encore à attendre cette réforme qui est accomplie dans les pénitenciers militaires.

Au mois d'avril de l'an dernier, la Belgique votait la loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude. Des annexes psychiatriques des prisons fonctionnent sous la haute direction du Docteur Vervaeck. Des offices de réadaptation sociale y ont une vie florissante.

La ligue d'hygiène mentale belge multiplie ses efforts. Aussi bien, ce pays indique-t-il la voie des initiatives fécondes et du progrès.

L'esprit le plus puissant et le plus compréhensif du siècle dernier déclarait que les sciences ne méritent d'être cultivées que dans la mesure où elles sont capables d'améliorer la situation humaine sur notre planète et poussant cette conception

jusqu'à ses limites extrêmes, Auguste Comte considérait comme des spéculations oiseuses les recherches qui ne servent en rien l'intérêt du genre humain. A voir toutes les innovations qui s'inspirent de la médecine mentale, il n'est pas téméraire d'affirmer que, dans une Sociologie sortie de l'empirisme et élevée à la dignité de science, il lui sera réservé une place de premier plan.

En continuant à la cultiver, nous ne risquons donc pas de nous exposer au blâme du philosophe qui assignait comme destination à notre activité et à notre intelligence l'avenir de l'Humanité.

PREMIER RAPPORT

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

ET

DISCUSSION

LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES TARDIVES

Rapport de

M. le Docteur Roger ANGLADE

Médecin chef de l'Asile de Breuty-la-Couronne
près Angoulême (Charente)

LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES TARDIVES

Ce n'est pas la première fois que la question des psychoses tardives se présente à l'ordre du jour de nos Congrès et, par une coïncidence dont nous ne savons pas si elle a été fortuite ou préméditée, à Bordeaux même, à la VI[e] session, en 1895, les « *Psychoses de la vieillesse* » furent l'objet d'une mise au point, dans un remarquable rapport présenté par Ritti. C'est une œuvre maîtresse à laquelle nous nous sommes reporté tout de suite, bien résolu à partir de cette base solide pour établir le bilan de nos acquisitions durant la période de 35 années qui s'est écoulée entre les deux sessions de Bordeaux ; mais nous n'avons pas l'expérience de Ritti et la bonne volonté, qui ne nous manque pas, ne saurait y suppléer.

A vrai dire, la question qui se pose aujourd'hui est plus étroitement limitée que celle qui fut rapportée au Congrès de 1895. Il s'agit, non des psychoses de la vieillesse en général, mais des psychoses périodiques tardives seulement. Tardives, disons-nous, mais où commence la tardiveté ? On fixe, un peu arbitrairement, l'âge de la vieillesse à 60 ans. Il ne semble pas que l'on puisse abaisser celui de la tardiveté au-dessous de 45 ans, sous cette réserve que nous demeurons dans l'arbitraire tout comme lorsque nous parlons de l'âge critique, très variable suivant les individus.

Sans autre préambule, entrons dans le sujet. Existe-t-il des psychoses périodiques bien authentiques dont les premières manifestations surgissent non plus à la période d'évolution, comme il est de règle, mais à la phase d'involution du corps humain ? Si oui, quel est leur degré de fréquence, quelles sont leurs formes, quelle est leur signification, quel est leur pronostic ? C'est à quoi nous allons nous efforcer de répondre, ou, plus modestement, de suggérer des réponses susceptibles d'en susciter de meilleures par la discussion au Congrès.

CHAPITRE I

LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES TARDIVES PROPREMENT DITES

1. La mélancolie périodique tardive

Quand il n'y aurait que la mélancolie tardive, elle suffirait, à elle seule, pour justifier le choix du sujet de ce rapport. Elle occupe, dans la Psychiatrie, une place de premier plan. Lorsqu'elle n'a pas son chapitre à part, dans les traités classiques de notre époque, la mélancolie tardive y a, au moins, son sous-chapitre, habituellement dans le cadre de la folie maniaque dépressive, qui peut, elle-même, se montrer tardivement, nous le verrons par la suite.

Mais pourquoi ne pas envisager tout de suite cette question des rapports de la mélancolie tardive avec la folie-maniaque dépressive, puisqu'elle est encore, à l'heure actuelle, l'objet de solutions très différentes ? Ici, un peu d'historique. Kraepelin, après l'avoir fort bien décrite sous le titre de mélancolie d'involution (1896, 5e édition, p. 561), l'introduisit dans la folie maniaque dépressive (1899, 6e édition). La doctrine nouvelle fut acceptée par Vedrani (1899), par Capgras, Sérieux (1901), par Kœlpin (1904), par Rogues de Fursac (1905), par Magnan, Ballet, Arnaud, Cullerre, Kéraval, etc.

Kræpelin, entre autres mérites, eut celui de savoir renoncer, spontanément, à des opinions qu'il avait exprimées, aussitôt qu'elles lui semblaient contredites par les faits. Il en fut ainsi pour l'admission de la mélancolie d'involution au sein de la maniaque-dépressive. A Thalbitzer, qui s'évertuait à soutenir cette doctrine, il fait remarquer dans sa 7e édition (1904), que lui-même conserve des scrupules. Il se déclare moins disposé à admettre la confusion de la mélancolie présénile et de la folie maniaque-dépressive, et cela pour des raisons d'ordre clinique sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir, en nous efforçant de les compléter.

Mais le célèbre Psychiatre de Munich devait retourner bientôt à sa manière de voir de 1896, et dans la préface du livre de Dreyfus sur « *La mélancolie, manifestation de la folie périodique* » il écrit : « Il n'y a plus aucune raison qui nous oblige « à séparer de la folie maniaque-dépressive la majeure partie

« des cas que nous avons considérés comme des exemples de « mélancolie ; le tableau clinique de cette maladie, un des « plus anciens de la psychiatrie, pourrait bien être appelé à « disparaître en tant qu'entité clinique, puisqu'il emprunte ses « éléments à la folie maniaque-dépressive. »

La fusion des deux maladies est effectivement un fait accompli dans l'édition de 1909. Pour être juste, il faut bien dire que, de cette volte-face de l'auteur, on ne trouve pas la justification, par des arguments nouveaux, au cours de sa description (1). Nous y avons même vainement cherché des réponses aux objections précédemment formulées par Kræpelin lui-même contre la théorie de Thalbitzer, qu'il considérait alors comme excessive et mal fondée dans ses conclusions. Il convient de rappeler quelques-unes de ces objections, afin de s'assurer si elles ont, ou non, tout perdu de leur ancienne valeur.

Il y a d'abord une question de douleur morale, qui est la règle dans la mélancolie d'involution, une douleur morale profonde, enveloppante, quelquefois contenue et concentrée, le plus souvent bruyante, gémissante, accompagnée de crispations et d'agitation motrice, de terreurs. Cet état vraiment douloureux s'éloigne assurément de celui des circulaires déprimés, dont l'inertie triste est un barrage plus qu'un chagrin authentique. On observe bien ici quelques pensées délirantes d'indignité et même de négation, mais elles sont plus *silencieuses*. Nous insistons à dessein sur ce dernier caractère, qui nous paraît avoir une réelle importance. En outre, l'excitation génitale y est plus rare, plus atténuée, moins paradoxale, la propension au suicide moins fréquente et moins impérieuse.

Encore faudrait-il, pour avoir rigoureusement le droit d'incorporer la mélancolie d'involution dans la folie maniaque-dépressive, que l'alternance des états opposés fût d'observation courante, ce qui n'est pas. La mélancolie tardive récidive, certes, mais non pas toujours très exactement sous la même forme. La stéréotypie des accès n'est point, il s'en faut de beaucoup, aussi nette que celle des phases de dépression dans la psychose alternante. Ces accès ne se terminent pas fran-

---

(1) Ce tableau historique et d'autres considérations qui vont suivre s'inspirent largement de la thèse très remarquable de Gaussens « La Mélancolie présénile » (Bordeaux 1911).

chement, ils traînent en longueur ; l'anxiété physique y succède parfois à la douleur morale. Il arrive bien que les malades, au déclin de leurs crises, éprouvent une sensation de détente et même de bien-être physique et moral. Ce n'est pas l'euphorie générale, débordante, hyperactive, du circulaire sorti soudainement de sa torpeur. Si encore on voyait, au cours des psychopathies alternantes, les accès dépressifs prendre, à l'âge de la présénilité, de l'involution, les caractères de la mélancolie de ce nom ? Point du tout. La maniaque-dépressive traverse tous les âges sans modifier, en quoi que ce soit, ses allures premières. A cette règle, il n'y a que de très rares exceptions.

L'énumération des différences que la clinique révèle, entre la mélancolie tardive et les accès dépressifs de la psychose maniaque-dépressive, doit logiquement s'accompagner de celle de leurs points de ressemblance. A cet égard, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici ce tableau comparatif, emprunté à la thèse de Gaussens :

CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS

	Mélancolie présénile —	Folie maniaque-dépressive —
Hérédité	Peu accusée.	Très chargée.
Fréquence	Considérable.	Rare à l'âge critique.
Causes	Presque toujours décelables.	Absentes ou inconnues.
Début	Lent avec prodromes.	Soudain. Signal-symptôme rare.
Troubles digestifs.	Fréquents.	Rares.
Symptômes	Nets, très accusés.	Flous, atténués.
Humeur	Triste, humble.	Morose, irritable, versatile.
Troubles psychomoteurs	Retard, mais pas irrésolution.	Ralentissement psychomoteur. Impossibilité de conclure.
Volonté	Affaiblissement.	Inexistence.
Attention spontanée	Très affaiblie.	Conservée, les malades acquièrent.

	Melancolie présénile —	Folie maniaque-depressive —
Sphère intellectuelle	Affaiblissement.	Inhibition.
Idées délirantes ..	Très accusées.	Rares, secondaires.
Hallucinations sensorielles	Absentes.	Fréquentes.
Affectivité	Douleur morale.	Indifférence.
Mimique	Anxiété.	Immobilité ou excitation. Parfois léger sourire.
Impulsions	Auto-destruction.	Exo-destruction.
Troubles physiques	Très nets.	Rares.
Evolution.	Comme maladie aiguë.	Comme poussées d'une maladie latente.
Nombre d'accès ..	Unique ? ? ?	Multiples.

Les oppositions nous paraissent exactes dans l'ensemble, on ne manquera pas de discuter sur certains points, et ce tableau facilitera la discussion.

Pour clore cet exposé, qui ne saurait se prolonger dans le cadre restreint de ce rapport, nous voulons insister sur deux caractères, essentiels selon nous, qui nous semblent faire pencher la balance en faveur de l'autonomie de la mélancolie tardive d'involution.

Ils résident, d'une part, dans l'étiologie, dans l'évolution, d'autre part.

Du point de vue étiologique, on ne peut pas ne pas être frappé de la fréquence des symptômes de la série artério-scléreuse dans cette maladie. La pression artérielle y est rarement normale. Le cortège des perturbations d'origine vasculaire s'y rencontre plus ou moins imposant et nous verrons, par la suite, que des ruptures, des anévrismes, des oblitérations des vaisseaux cérébraux, sont susceptibles de les encadrer, de les compliquer à tout moment. Les mêmes circonstances ne se réalisent pas avec le même degré de fréquence, à beaucoup près, dans la maniaque-dépressive tardive, d'ailleurs rare, ni même dans celle qui se prolonge jusqu'à la sénilité. Cette participation vasculaire aux désordres cérébraux, qui coïncident avec les états mélancoliques tardifs les mieux caractérisés,

n'est pas qu'une hypothèse. Il nous est arrivé de les surprendre, pour ainsi dire en action, dans le cerveau de sujets ayant succombé en pleine crise, sous le coup d'une maladie incidente. On constate alors que les vaisseaux de petit et moyen calibre, épaissis, dépourvus en tout ou en partie de leurs attributs élastiques, ont créé, autour d'eux, une atmosphère de gêne cellulaire. Les éléments nerveux proprement dits contiennent un excès de masses lipoïdes pigmentaires, dont quelques débris ont émigré du corps cellulaire et sont recueillis par les cellules névrogliques péri-adventitielles augmentées elles-mêmes de volume dans leur corps et leurs fibrilles. Rien de notoirement destructif, assurément, mais un trouble certain de nutrition et d'échange intervasculo-cellulaire ; le premier degré, qui n'aurait peut-être jamais été dépassé, d'une gamme de lésions que la clinique et l'anatomie pathologique permettent de suivre assez exactement. C'est du moins ce que nous essaierons de démontrer au cours de ce rapport.

D'une étude que leur a consacrée Albrecht (Allge. Z. f. Psych. L. XIII-3-4, 1907), il semblerait résulter que l'artério-sclérose généralisée est fréquente dans la folie maniaque-dépressive. Mais l'auteur raisonne comme si la mélancolie tardive était irrévocablement incorporée dans cette maladie, ce qui, pour le moment, diminue la portée de ses conclusions.

En réalité, les maniaques dépressifs, autres que les tardifs, ne deviennent artério-scléreux que secondairement, quand ils le deviennent ; ce qui est bien loin d'être la règle, nous l'avons dit.

A ces lésions cérébrales se joignent, dans beaucoup de cas, celles de viscères atteints eux aussi par le travail d'involution. Il est légitime de penser que ces lésions concourent à la réalisation de certains tableaux cliniques, de ces nuages confusionnels qui enveloppent assez souvent les états mélancoliques, sans compter les bouffées confusionnelles intermittentes dont nous parlerons.

Il y a aussi l'évolution. La mélancolie tardive peut verser, après une série plus ou moins longue d'accès, séparés par des intervalles de récupération de moins en moins complète, dans la démence artério-scléreuse. C'est un fait que toutes les statistiques font ressortir et qui, s'il est bien établi, suffit à justifier l'octroi de l'autonomie à la maladie. Kræpelin en convient implicitement, lorsqu'il répudie les cas de cet ordre comme entachés d'erreur clinique. Il s'agit pour lui de mélancolies,

démentielles primitivement et non secondairement. Sans doute y a-t-il une part de vérité dans cette explication. Il ne nous répugne pas, nous venons de le dire, d'admettre que la mélancolie tardive traduit une offense organique des centres psychiques, mais sous cette réserve qu'il s'agit d'une offense élective et régressive, intermittente, n'entraînant la déchéance du fonds intellectuel qu'assez rarement, après des atteintes plus ou moins renouvelées, compatibles avec de longs et de nombreux retours à la lucidité quasi-intégrale.

Il y a, enfin, les questions de fréquence et d'hérédité, celle-ci particulièrement importante à considérer.

Nous serons sans doute d'accord pour admettre que la mélancolie tardive est la plus commune de toutes les maladies mentales de l'âge critique. C'est l'avis, très documenté, de Gaussens. La femme y est plus sujette que l'homme, sans que, toutefois, l'écart soit très considérable : 41,5 p. 100 chez celui-ci, 58 p. 100 chez celle-là.

Pour ce qui est de l'hérédité des mélancoliques, Charcot la nie, Magnan aussi, mais avec des réserves. Féré ne la juge pas indispensable. Maurice de Fleury la dit névropathique et arthritique, et Kræpelin n'a trouvé des antécédents que dans 53 p. 100 des cas. Encore s'agissait-il de tares fort éloignées d'apoplexie, de sénilité cérébrale précoce, d'alcoolisme, etc. On remarquera que l'apoplexie, l'arthritisme, la sénilité cérébrale précoce, les intoxications, figurent dans cet énoncé, mais non la syphilis spécialement. Nous la mentionnerons à propos des formes de mélancolie juxta-organique, où la sérologie nous l'a montrée souvent présente au titre héréditaire ou acquis.

Une statistique bien faite par Gaussens, et portant sur 100 malades, en majeure partie observés à Bordeaux, a donné les résultats suivants :

Dans l'ascendance directe :

4 cas d'hérédité similaire,	5 cas d'hystérie,
1 cas de démence sénile,	1 cas d'épilepsie,
1 cas de manie,	2 cas de paralysie,
1 cas d'hypochondrie,	6 cas d'alcoolisme (avoué) ;

et dans un autre ordre de tares :

4 cas de cardiopathies,	3 cas de cancer,
6 cas de tuberculose,	2 cas de mort subite.
1 cas de rhumatisme,	

Dans l'hérédité collatérale des sujets du même groupe, il a été relevé, dans 24 cas, des accidents nerveux ou vésaniques.

Ajoutons que l'on peut découvrir, en outre, une hérédité « descendante », similaire ou non, dont les exemples ne sont même pas très rares.

Dans les antécédents personnels des mélancoliques tardifs, de même que lorsqu'ils sont revenus à leur état normal, il est habituel que soient notées : la promptitude de l'esprit à s'alarmer sans motif adéquat, la tendance aux appréhensions vaines, aux pressentiments sombres et même à de petites ruminations mentales.

Nous précisons que l'exploration des antécédents héréditaires d'un même nombre de sujets atteints de folie maniaque-dépressive authentique donne une proportion plus forte de cas de vésanies, en particulier sous la forme similaire, tandis que dans leurs antécédents personnels et leurs intervalles de lucidité, les inquiétudes morales apparaissent rares.

⁂

Nous nous sommes attardé sur le terrain de la mélancolie tardive, parce qu'il a été et qu'il est encore, à l'heure actuelle, très remué. On y a beaucoup travaillé, on y a semé des idées, des explications, des hypothèses. Il serait temps d'y récolter quelques précisions sur le caractère constitutionnel ou non de la mélancolie tardive, sur la légitimité ou l'inopportunité de son rattachement à la folie maniaque-dépressive, sur les formes cliniques très variées de la maladie, sur la comparaison de ces formes, qui surviennent dans la phase d'involution avec celles qui correspondent à la période d'évolution ou de stabilisation des organes du corps humain. Autant de questions bien de nature à éveiller l'intérêt du Congrès et à y susciter d'utiles controverses.

Passons maintenant à la manie tardive.

2. La manie périodique tardive

Sœur puînée de la mélancolie du même nom, elle n'eut jamais le don de susciter le même intérêt que son aînée. A tel point qu'elle n'a pas encore conquis sa place dans les traités les plus classiques de Psychiatrie. Kræpelin qui, dans la 10[e] édition de son traité (Iéna, 1911), a réservé un chapitre spécial

« aux psychoses de la présénilité », n'y aborde pas l'étude des états maniaques.

C'est Molin de Teyssieu qui en a fait la remarque dans sa thèse (*La manie présénile*, Bordeaux 1911). Et, abordant lui-même cette étude dans le service et sous la direction du Dr D. Anglade, il rassemble des faits cliniques dont le rapprochement le conduit aux conclusions suivantes :

I. La manie peut se montrer, pour la première fois dans la période d'involution présénile, et, contrairement à l'opinion courante, y débute même très fréquemment.

II. Cette manie semble bien sinon causée, du moins être influencée par les nombreuses modifications physiologiques qui traduisent l'involution de l'organisme.

III. Elle affecte rarement l'allure classique et sa symptomatologie se complique d'éléments nouveaux apportés, tant dans le domaine mental que dans le domaine physique, par les troubles toxiques qui y sont fréquents, au voisinage de la sénilité.

Ainsi, soudainement, pour ainsi dire, s'affirme non seulement l'existence, mais aussi la fréquence d'une manie tardive. Il n'est pas à notre connaissance que l'on ait contesté cette affirmation. On pouvait prévoir que la question de son rattachement à la folie maniaque se poserait comme pour la mélancolie, elle a été résolue par l'affirmative par ceux, et ils sont nombreux, nous l'avons vu, qui refusent à la mélancolie tardive tout caractère de maladie mentale autonome. Prudemment, Molin de Teyssieu s'était abstenu d'envisager ce point de vue, que nous ne pouvons nous dispenser de soumettre aux réflexions du Congrès.

Il est entré à l'asile de Château-Picon au cours d'une période de 5 années, de 1900 à 1905, 22 maniaques tardifs, ce qui donne une idée de sa fréquence, la moyenne annuelle des entrées à cette époque ayant été d'environ 200. Soit 1.000 malades, parmi lesquels il s'est rencontré 22 cas de manie tardive ; ce qui donne une proportion de 2,2 0/0, celle des cas de manie et de folie maniaque réunis étant d'environ 10 0/5.

Ce qui distinguerait ces cas tardifs, c'est le caractère de l'agitation motrice, plus nocturne que diurne, c'est la coexistence fréquente d'un appoint confusionnel, d'hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue, sans que toujours une intoxication sous-jacente, telle que l'alcoolisme, soit venue expliquer

la confusion et le caractère terrifiant des hallucinations. De plus, ces manies tardives verseraient assez fréquemment dans le délire aigu. Remarquons ces particularités communes à la manie et à la mélancolie tardives, et tout à fait exceptionnelles, si tant est qu'elles s'y voient jamais dans la manie des jeunes sujets.

Mais il convient d'insister tout spécialement sur la présence et l'importance des idées de persécution et de jalousie au sein de quelques-uns de ces accès de manie. Un fait clinique pour étayer notre exposé :

Une femme de 51 ans se présente, il y a 3 ans, dans un état d'excitation maniaque développé assez rapidement, sans avoir été précédé d'accès antérieurs. On note la fuite des idées, l'humeur tour à tour joviale et coléreuse, une agitation motrice modérée. A travers le désordre du langage, on aperçoit tout de suite les idées de persécution et de jalousie. La malade repousse les visites de son mari, qu'elle accuse de l'avoir trompée, empoisonnée, et finalement internée. Ces conceptions délirantes, entretenues par des illusions de l'ouïe, se précisent au fur et à mesure que la fuite des idées s'atténue. On redoute l'organisation d'un délire systématisé secondaire. Au lieu de cela, c'est le retour à la raison qui se produit, intégral, avec la rectification de toutes les interprétations délirantes : la rentrée au foyer conjugal s'effectue dans les meilleures conditions, et l'état mental se maintient parfait durant une année. Après quoi une rechute se produit. 2e accès, accès de manie escorté des mêmes signes de la série paranoïenne ; même évolution, guérison qui dure encore à l'heure actuelle. Il s'agit d'une femme sobre, jouissant d'une bonne santé physique, légèrement artério-scléreuse.

Les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Dans le même service, à peu près en même temps, se trouvait une femme, du même âge, en proie à un accès de manie avec désordre violent des idées et des actes. Des hallucinations terrifiantes lui faisaient croire que son fils était mis au supplice dans la chambre voisine de la sienne. Le premier accès, très maniaque aussi, avait été d'une intensité beaucoup moindre et s'était terminé par le retour à la vie de famille, dans un état de lucidité presque parfaite, avec conscience de ce qui s'était passé. Durant près de 4 ans, cette personne s'était montrée une maîtresse de maison accomplie, une mère de famille modèle. Mais elle avait adopté vis-à-vis de son mari une atti-

tude irréductiblement hostile, basée sur des idées de jalousie et d'empoisonnement, concentrées d'ailleurs. A l'infidélité imaginaire de son mari, elle avait répliqué en prenant, ce qui contrastait avec ses habitudes de femme très rangée, un amant, en guise de représailles, disait-elle. Le deuxième accès s'est terminé, comme le premier, brusquement. Sortie de l'Asile avec le sourire, elle a repris son attitude conjugale avec le même sang-froid, la même hostilité silencieuse, la même sollicitude pour sa fille et son intérieur.

Des cas comme ce dernier sont assez troublants. Il y en a de plus troublants encore, à propos desquels on se demande si l'accès de manie n'est pas autre chose qu'un épisode maniaque au cours d'une paranoïa sous-jacente et continue. Nous n'avons pas adopté ce diagnostic dans les deux cas. L'évolution nous a donné raison dans le premier. Il se peut que l'avenir nous donne tort pour le second. Ce ne sera qu'en partie, car, en mettant les choses au pire, il ne pourra jamais s'agir, étant donné le passé de la malade, que d'un délire de persécution systématisé secondaire à la manie.

Les signes physiques de la manie tardive portent la marque de l'involution sénile. L'incohérence y prend volontiers l'expression paraphasique, sans paraphasie vraie, bien entendu. La réflectivité rotulienne forte, les réactions oculo-pupillaires faibles, sans preuves certaines de syphilis et d'autres symptômes du même ordre, parfois réunis, déconcertent l'observateur, qui se laisse aller à orienter son diagnostic vers celui de démence organique, que l'évolution favorable démentira assez souvent, non toujours. En ce qui concerne l'hérédité, les considérations que nous avons développées à propos de la mélancolie sont valables pour la manie tardive.

Pour toutes ces raisons, il nous paraît que la manie tardive ne saurait rentrer sans contrainte dans le cadre de la folie maniaque dépressive, où elle se trouverait, à notre avis, encore plus mal à l'aise que la mélancolie d'involution.

3. La psychose circulaire tardive

Nous nous excusons de faire une si large place aux travaux bordelais, mais, ici encore, une thèse, inspirée par le Professeur Abadie, marque une étape et la mise au point de cette question (*La Psychose circulaire tardive* ; Letac, *Thèse de Bordeaux,* 21 décembre 1929).

On lit dans les conclusions :

« La Psychose circulaire ne se rencontre pas que chez l'adulte ; elle peut, en effet, apparaître sous sa forme caractérisée, pour la première fois, « autour de la cinquantaine, et poursuivre son évolution régulière jusqu'à un âge plus ou moins avancé ».

La question a donc évolué depuis le dernier Congrès de Bordeaux. Car Ritti, dans son rapport, éprouvait de la répugnance à admettre, sans qu'elle fût sérieusement revisée, une observation de folie circulaire très tardive (60 ans), publiée par Mabille et s'en tenait à l'opinion classique sur le privilège des jeunes sujets à l'égard des premières manifestations de cette maladie. Il y a lieu d'étendre ce privilège au moins jusqu'à l'âge critique. C'est déjà fait pour la mélancolie et la manie tardives ; les partisans de leur rattachement à la folie maniaque-dépressive sont depuis longtemps convaincus. Mais il s'agit précisément de savoir si ce rattachement est légitime. Remarquons d'abord que l'abondance des travaux suscités par l'étude de la mélancolie, et même, à présent, de la manie tardive, la rareté de ceux qui visent la psychose circulaire d'involution, ne sont pas des arguments en faveur de la légitimité de confondre ces divers états dans une même maladie, mais il y a d'autres raisons de s'en abstenir.

Avant de comparer les observations de psychose circulaire tardive, il convient de faire une sélection sévère, qui n'est pas faite dans la thèse de Letac, puisqu'on y trouve 8 observations (sur un total de 11), empruntées à la Thèse de Molin de Teyssieu sur la manie tardive. Sont à retenir seulement, les cas dans lesquels la circularité est nette, la première crise rigoureusement tardive. Ceux que nous avons eus ou que nous avons encore sous les yeux font ressortir :

1° qu'une fois la maladie déclanchée, les accès, dépressifs ou maniaques, se succèdent rapidement, séparés par des intervalles lucides plus ou moins complets. La tristesse et l'euphorie, l'inertie et l'agitation, arrivent à se mêler en des états mixtes inextricables ;

2° que l'évolution de la maladie, sous cette forme alternante, peut être longue. Il y en a qui durent depuis plus de 15 ans, après avoir débuté après 55 ans ;

3° l'évolution vers une démence terminale est fréquente. Ce caractère semble lui être propre, car la folie circulaire de

la phase évolutive est moins exposée à cette complication : Kræpelin affirme qu'elle ne l'est pas du tout.

C'est dans ces formes tardives, celles surtout qui aboutissent à la démence, que l'examen physique révèle des insuffisances organiques, de l'artério-sclérose avec son cortège habituel, mais les troubles vasculaires y sont de moindre importance que dans la mélancolie tardive, nous l'avons dit.

Par contre, la part de l'hérédité et de l'hérédité similaire est plus forte. En outre, c'est là que doivent jouer les conséquences des involutions glandulaires, les perturbations du système neuro-négatif ; que doit s'exercer l'action thyroïdienne, sur laquelle Santenoise nous prépare des révélations sensationnelles, génératrices de ressources thérapeutiques dont nous sommes encore malheureusement trop démunis.

4. Les délires systématisés périodiques tardifs

Ce que nous avons dit des idées délirantes de persécution dans la mélancolie et la manie tardives nous a préparés à n'être pas surpris de rencontrer des délires de persécution à l'âge critique, de les y voir même adopter la marche intermittente ou du moins rémittente.

Il est hors de doute que, non seulement des idées délirantes de persécution ou de négation sont susceptibles de prendre pied dans les accès de mélancolie et de manie, mais, en outre, de survivre à ces accès. Ce sont alors des délires secondaires plus ou moins durables, plus ou moins irréductibles. Nous visons ici des cas dans lesquels le délire s'installe à l'âge critique, sans épisode maniaque ou mélancolique. Il n'est pas rare de voir aussi naître des idées de jalousie, des erreurs d'interprétation, de revendication, avec réactions adéquates sans fléchissement notable du fonds intellectuel. C'est là que se rencontrent, de préférence, les processifs, les persécutés ruraux. Nous ne pouvons entreprendre la description de ces diverses formes. Elles offrent de commun que les sujets qui les présentent s'arrêtent sur une idée, la ruminent, en tirent des déductions fausses, échafaudent un délire qui s'exprime avec abondance dans le langage et pauvreté dans le raisonnement. Le malade se meut avec une aisance factice dans un cercle restreint et inextensible, se tenant d'abord sur la défensive ; mais il est enclin à passer à l'offensive périlleuse pour

ses propres intérêts et pour la sécurité des personnes. Dans leurs gestes agressifs, on les voit délaisser pour ainsi dire leurs premiers adversaires pour s'attaquer, au cours de leur carrière processive, aux hommes de lois, aux magistrats, aux médecins. Ces états ne sont pas toujours continus, il y a des arrêts, des rémissions, qui autorisent à leur réserver une place dans l'énumération des psychoses périodiques tardives.

Nous verrons que des incidents apoplectiques les précèdent parfois ou les terminent, mais à ces faits nous avons réservé dans ce rapport un compartiment spécial.

5. Confusion mentale périodique tardive

Qui de nous n'a observé des faits comme celui-ci ? Un homme ayant dépassé la cinquantaine entre tout à coup dans une sorte d'état confusionnel, perd la notion de sa situation sociale et familiale, se met à fabuler, exprime des idées délirantes absurdes, notamment de grandeur, se livre à des actes étranges en contradiction flagrante avec sa tenue habituelle. On le soupçonne d'entrer dans une paralysie générale ou une sénilité cérébrale précoce. Il n'y a rien de tout cela, et, au bout de peu de temps, tout rentre dans l'ordre avec du repos, l'éloignement du milieu habituel et une thérapeutique banale. Ces faits sont encore mal connus. Nous avons tenu à les signaler afin qu'ils soient récoltés, mieux étudiés et soumis à la discussion.

6. Psychoses périodiques, toxiques et tardives

Nous serons brefs sur ce point. Ce qui ne veut pas dire que la question soit dénuée d'intérêt. La périodicité des psychoses toxiques, tardives, n'est pas toujours fonction de l'intoxication qui les a mises en mouvement. Il arrive que les premiers accès soient franchement toxiques, que, par la suite, ils deviennent peu à peu plus vésaniques, que, même la vésanie déclanche à son tour l'intoxication sans parler des idées délirantes oniriques qui deviennent post-oniriques, pour, finalement, évoluer vers un délire affranchi de tout caractère toxique. Ces faits sont assez bien connus. On peut demander à la clinique de poursuivre davantage la discrimination entre ce qui relève du toxique et ce qui appartient à la vésanie.

⁂

De ce qui précède, il résulte bien que, tardivement, à la phase pré-sénile ou d'involution, on voit surgir, même chez des sujets dépourvus d'hérédité vésanique, des états mélancoliques, maniaques, circulaires, paranoïens, teintés ou non de confusion mentale, associés à des désordres somatiques d'importance très variable, plus marqués en tout cas que dans les syndromes correspondants observés dans la phase d'évolution ou à l'âge moyen de la vie. Cela nous paraît acquis. Ce qui reste à faire dans ce domaine, dont le champ d'exploration demeure vaste, c'est de préciser les modalités et les variétés symptomatiques, les règles d'évolution, les circonstances étiologiques, le substratum anatomo-pathologique.

A ce dernier point de vue, il semble que nous soyons encore très éloignés d'une solution. En effet, les états que nous venons de passer en revue ont, pour caractères communs, de n'être que transitoires, de ne pas s'opposer à la récupération psychique quasi-intégrale, de tolérer du moins des intervalles lucides longs et plusieurs fois renouvelés, même après des atteintes graves et prolongées. C'est un fait qui paraît exclure l'hypothèse de l'offense profonde et définitive des éléments de la fonction intellectuelle. En d'autres termes, du point de vue anatomique, le cas de ces syndromes tardifs ne serait pas différent de celui des vésanies constitutionnelles dont nous sommes enclins à désespérer de voir jamais la raison histopathologique.

Et cependant, dans ces syndromes, nous avons remarqué quelques éléments discrets de la série organique, tels que l'artério-sclérose, les variations de la pression artérielle, la tendance à verser parfois dans la démence organique, après une période d'intermittence ou de circularité. Ce sont ces formes qui, par une transition toute naturelle, nous conduisent à l'exposé d'une autre catégorie de faits sur laquelle nous voulons appeler tout particulièrement l'attention du Congrès. Ils résident sur un territoire dont l'exploration peut donner de fructueux résultats. C'est celui que nous appelons avec Réquet, élève de D. Anglade (*Thèse inaugurale*, Bordeaux, 1927) les « Frontières de l'organique et du vésanique ».

CHAPITRE II

LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES TARDIVES A TEINTE ORGANIQUE

Que voyons-nous dans ce domaine ? D'abord des faits comme celui-ci :

1. La mélancolie tardive périodique, organique

a) Une femme de 49 ans, indemne d'hérédité vésanique connue, est frappée d'un ictus apoplectique qui supprime sa conscience pendant 24 heures et lui laisse une dysarthrie légère, laquelle dure environ 3 semaines, cependant que s'installe un syndrome caractérisé par de la douleur morale, un sentiment très pénible d'incapacité physique et mentale, avec appréhensions et terreurs, propension très accusée et consciente au suicide. L'artério-sclérose est très prononcée, la tension artérielle est élevée. La crise se déroule comme celle d'une mélancolie tardive authentique et dure 6 mois. Après quoi, la malade se détend, guérit et se maintient en état de guérison complète pendant dix années. Ensuite, brusquement, et, cette fois sans ictus, malgré une tension artérielle élevée, la rechute se produit avec, exactement, les mêmes symptômes psychopathiques que lors du premier accès. Au quatrième mois, l'agitation motrice est si vive, l'inclination au suicide si forte, que la malade, spontanément, réclame son internement. On lui donne satisfaction et elle s'en va mourir d'une inondation ventriculaire dans la maison de santé où elle était entrée depuis deux jours.

Voilà bien une mélancolie tardive périodique très typique, remarquable toutefois par ce fait qu'elle s'encadre entre deux incidents de la série apoplectique. Il lui manque, pour être tout à fait instructive, le contrôle anatomo-pathologique qui fût, on le pense bien, irréalisable. N'est-il pas néanmoins légitime de supposer que la cause organique, d'ordre vasculaire évidemment, qui a déterminé les ictus du commencement et de la fin de la maladie, a été pour quelque chose dans le développement des symptômes de la série vésanique ? Les cas de cette nature ne sont pas exceptionnels et nous comptons bien que nos collègues en évoqueront de semblables pour les apporter au Congrès.

b) Au lieu de s'encadrer aussi exactement que le précédent entre deux incidents organiques, d'autres cas fournissent des exemples, où l'organicité et la vésanie se succèdent, s'associent, se combinent diversement. En voici quelques-uns encore vivants et qu'il nous sera peut-être possible de présenter lorsque nous ferons, oralement, l'exposé de ce rapport.

D'abord, le cas d'une femme de 47 ans qui, le 3 novembre 1929, brusquement, s'éloigne d'un édifice religieux où elle priait, parce qu'elle y avait, disait-elle, entendu des coups de fusil. Dans sa maison, elle a peur que ses voisins viennent mettre le feu ou la faire sauter. La propension au suicide se manifeste, bientôt suivie d'une tentative par submersion. Il se produit des alternatives d'exaspération et de détente relative, avec même de l'inertie. Elle arrive à l'Asile le 17 janvier 1930. Ses premières paroles traduisent le chagrin d'être séparée de ses enfants, la peur qu'on les maltraite et qu'on les « supprime » avec le consentement de leur père, mal conseillé par des personnes hostiles et criminelles. La douleur morale existe mais ne tient pas. La diversion s'obtient aisément et la malade, après avoir affirmé que ses trois enfants sont morts au moment où elle parle, accepte une conversation sur le régime de l'Asile, sur sa nourriture, son bien-être. Elle s'oriente dans le temps non sans peine, sait que ses interlocuteurs sont des médecins, mais ne cherche pas spontanément à en savoir davantage sur sa situation. Suggestibilité manifeste, puérilité, instabilité motrice. L'examen somatique relève des signes non douteux de la série organique : forte exagération de la réflectivité tendineuse surtout rotulienne, des deux côtés du corps, enfin une dysarthrie nette. La tension artérielle se chiffre par Mx. : 20 ; Mn. : 9 ; I. : 1. L'hypothèse d'une méningo-encéphalite étant écartée, avec le secours de la ponction lombaire, on s'arrête au diagnostic d'état mélancolique avec appoint organique. Entre temps, l'anamnèse a établi que l'embarras de la parole était apparu soudainement en même temps que les premières terreurs. Et, 18 mois auparavant, le mari avait remarqué « une certaine difficulté de la marche ainsi qu'une maladresse des mains », auparavant très habiles. En quelques semaines, il se produisit une détente, une véritable rémission, qui permit à la malade de se tenir tranquille, de s'occuper à des travaux de couture, de recevoir correctement et affectueusement sa famille, d'exprimer assez naturellement le désir de la rejoindre. Mais des

rechutes surviennent suivies de nouvelles détentes. Le 10 novembre 1930, la malade était calme, et capable d'écrire une lettre assez bien ordonnée, affectueuse pour son mari et ses enfants. Elle y renouvelle avec insistance son désir de retourner auprès de ses enfants.

Voilà donc une femme qui, à 47 ans, entre subitement dans un état mélancolique anxieux avec une association organique dont la signature est marquée par une dysarthrie, contemporaine des tout premiers symptômes. L'embarras de la parole est dû certainement à une lacune cérébrale. On peut bien supposer que l'embarras des idées procède d'un désordre ou d'une destruction anatomique de même ordre. Ce n'est qu'une hypothèse, mais une hypothèse qui va se trouver vigoureusement appuyée par des vérifications faites sur un cas voisin, cliniquement.

c) Il se rapporte à une femme de 55 ans, internée le 20 juillet 1928. Quatre mois auparavant, on avait remarqué, chez elle, de l'amaigrissement, de l'insomnie, une tendance à se méfier, à s'isoler. Tout à coup, vers les premiers jours de juillet, elle entre dans une agitation anxieuse avec terreurs, craintes d'arrestation par la police. Vue alors à l'hôpital St-André, de Bordeaux, dans le service du Professeur Abadie, elle présente « de l'anxiété paroxystique, l'appréhension d'un « malheur imminent, la crainte permanente de l'intention « malveillante de l'entourage avec cris, hurlements, larmes, « supplications, agitation, tentatives de fuite, etc. » (20 juillet 1928). A Château-Picon, où elle arrive le même jour, outre la peur, la malade accuse des souffrances à la tête, dit qu'elle va mourir, se lamente bruyamment, puis s'apaise et donne, assez correctement, des indications sur son passé, ses occupations habituelles. Elle s'interrompt pour tenir des propos comme ceux-ci : « Oh mon Dieu, je n'ai pas de dents... Ça « me vient de la bouche ces poudres... Regardez mes jambes « dans quel état elles les ont mises... Ah, je suis perdue..., « mais si je ne souffrais pas ! L'estomac ne vaut rien, on me « l'a gorgé par le nez (a été effectivement alimentée à la « sonde) ; plus rien ne peut entrer, plus rien ne peut sortir... « Là-bas on se moquait de moi... Je méritais la mort, elle ne « vient pas... Ah, ne me faites pas de misères... On aurait dû « me porter à la Garonne. »

En recueillant ces propos, l'observateur les traduit et les résume ainsi : « Lamentations puériles, bruyantes. Angoisse

« réelle, vive, mais niaise. » Un examen neurologique attentif mit en évidence l'exagération très forte de la réflectivité tendineuse. La marche était un peu raide, la parole traînante, le rire trop large, car il lui arrivait de rire au commandement. La ponction lombaire démontrait l'absence d'albumine, de sucre en excès, d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien.

Par ailleurs, l'artério-sclérose généralisée, l'élévation de la pression artérielle (22), un amaigrissement visible avec sécheresse de la peau complétait le tableau clinique en face duquel on ne pouvait mieux faire que poser le diagnostic d'état mélancolique tardif, avec soupçons d'organicité cérébrale sous-jacente, évoluant parallèlement, mais dissimulée derrière les manifestations psychopathiques bruyantes. Le pronostic, s'inspirant du diagnostic, n'excluait pas la possibilité de détentes ou même de rémissions.

Elles se produisirent, en effet. Le 18 août, une accalmie est notée, ainsi que le retour à l'alimentation spontanée. La douleur morale subsiste, mais concentrée, silencieuse. Et, le 1er octobre, la malade, tout à fait calme, peut se livrer à quelques travaux ; elle exprime le désir de quitter l'Asile, mollement, sans évoquer les circonstances qui l'y ont fait venir, ni réfléchir à la misère qu'elle avait endurée, faute de pouvoir travailler, misère qui l'atteindrait encore après sa sortie.

A ce moment, l'examen neurologique fait constater un tremblement des mains, qui s'accuse dans l'écriture. La marche et la parole sont toujours traînantes.

Une rechute se produit en novembre 1928. Les mêmes frayeurs, l'agitation, le refus d'aliments, ont reparu. La crise dure environ deux mois, et la détente se renouvelle dans les mêmes conditions que précédemment. L'année 1929 n'est point marquée par des crises aiguës. La malade demeure assez paisible, pleure facilement, rit de même, travaille peu et mal, s'oriente assez bien, mais ne réclame plus sa sortie.

Le 18 janvier 1930, l'agitation anxieuse éclate de nouveau, très vive, avec cris, grand désordre des actes, lorsque, tout à coup, le 31 janvier, apparaissent des crises convulsives du type Jacksonnien, suivies de reliquat transitoire d'hémiparésie du côté droit du corps. Entre les crises, on note la persistance de secousses myocloniques dans les muscles de l'hémiface droite. Le liquide céphalo-rachidien accuse de la lymphocytose et de la polynucléose, mais point de l'albuminose en réel excès. La

mort survient le 13 février 1930, en état de mal Jacksonnien, peut-on dire.

Nous ne pouvons pas introduire dans ce rapport la relation détaillée des constatations histo-pathologiques qui ont été faites. Aussi bien celles-ci sont assez accentuées, assez nettes, pour être visibles à l'œil nu sur les coupes que nous ferons passer sous les yeux de nos collègues au Congrès. Résumons-les succinctement. Il s'agit d'une cérébro-sclérose lacunaire, tout à fait typique, avec, pourtant, cette particularité que les lacunes, au lieu de se cantonner ou de prédominer, comme c'est la règle, dans les parties basses du cerveau, se voient aussi, avec une netteté et une abondance inusitées, dans la corticalité cérébrale, et, notamment, dans les zones frontales. L'aspect organisé de ces lacunes, le stade d'évolution auquel elles sont parvenues, excluent formellement l'hypothèse de leur réalisation massive, en quelques jours, durant la courte période terminale d'état apoplectiforme Jacksonnien subintrant. Il est hors de doute que les formations lacunaires corticales ont accompagné les premiers symptômes de l'état mélancolique : agitation anxieuse, terreurs, douleurs ; que le travail destructif de l'écorce a suivi les fluctuations du syndrome psychopathique, s'atténuant et se ravivant comme lui. Ce qui voudrait dire qu'il existe une forme de mélancolie tardive, intermittente, ou mieux rémittente, associée à la cérébro-sclérose lacunaire, conditionnée par elle en tout ou en partie. Nous livrons les cas de cet ordre aux réflexions du Congrès. On nous objectera, sans doute, qu'ils ne sont pas exactement situés sur les frontières de l'organicité, mais bien dans le domaine de celle-ci. Il n'en est pas moins vrai que, cliniquement, on a pu hésiter à les y mettre. L'erreur doit être fréquente, et nous n'avons pas d'autre but que de la prévenir. Il est permis de prévoir que, peu à peu, le domaine de l'organicité cérébrale s'agrandira aux dépens de la mélancolie tardive. D'une connaissance plus exacte de ses véritables causes sortiront peut-être un jour les moyens de l'éviter.

2. Les états mélancoliques tardifs dans la sclérose en plaques

Au risque d'encourir le reproche de nous être écarté de notre sujet nous devons, pour jeter un peu plus de lumière sur la question, parler d'une forme mélancolique, non point toujours

tardive, mais située, elle aussi, indubitablement, sur les frontières de l'organique et du vésanique. Voici le cas d'une jeune fille qui eut, à l'âge de 18 ans, un premier accès de mélancolie et se jeta dans la Seine. A 21 ans, en 1913, 2e accès et 2e tentative de suicide, cette fois par absorption d'alcool à brûler. A son arrivée à Château-Picon, en février 1914, elle est encore triste, découragée, pleure facilement, et c'est elle-même qui le remarque, sans savoir pourquoi. Déjà, à ce moment, on note qu'elle est mal assurée sur ses jambes et un peu dysmétrique dans ses mouvements des membres supérieurs. Cependant, l'état d'esprit redevint bon, à tel point qu'après avoir vainement attendu que sa mère consentît à la recevoir à Paris, elle fut, par nos soins, placée comme domestique dans une famille connue. Elle y fit preuve de bonne volonté, mais ses forces physiques allèrent en déclinant et, de nouveau, des idées de découragement et de suicide se montrèrent. La malade réclama, spontanément et avec insistance, sa réintégration à l'Asile. Dès ce moment, à vue d'œil, les symptômes neurologiques auxquels on avait, jusque-là, attribué peu d'importance et de signification, s'accentuèrent de telle sorte qu'ils se mirent au premier plan. On assista au développement rapide d'une sclérose en plaques, qui mit 5 années à se terminer par la cachexie. Les douleurs physiques furent presque continues et souvent intolérables. La souffrance ne pouvait s'exprimer, car un rire impérieux, paradoxal, inextinguible, la couvrait pour ainsi dire. A la grande variété de symptômes cérébraux, cérébelleux et médullaires, correspondaient une multitude de plaques disséminées partout, notamment dans les lobes frontaux, la couche optique, etc. L'examen histologique a contrôlé le diagnostic. Nous avons écarté l'hypothèse d'une sclérose en plaques secondaire à la mélancolie, car, en revisant l'histoire de cette mélancolie, nous y avons retrouvé les signes avant-coureurs de la maladie organique. Elle a évolué par étapes, dont les premières ont été à prédominance vésanique. Aussi bien le cas n'est pas isolé. Pierre Marie en a signalé d'à peu près semblables chez des sujets plus âgés.

Mentionnons que la manie peut aussi s'associer à la sclérose en plaques. Claude et Targowla en ont montré un exemple à propos duquel le Professeur Claude a déclaré qu'il « jugeait cette association plus fréquente qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici ». Cette réflexion était opportune, car le rapport sur la sclérose en plaques établi par Guillain pour la Réunion Neuro-

logique annuelle (1924) exclut, pour ainsi dire, complètement les troubles mentaux de la symptomatologie de la sclérose en plaques. Nous croyons que les faits ne ratifieront pas cette exclusion. Et ce sera logique, car, *à priori*, on doit pouvoir s'attendre à trouver les divers symptômes de la série neuro-psychiatrique dans une maladie dont les lésions, très capricieuses, sont susceptibles de s'installer dans tous les recoins du système nerveux.

3. Les états maniaques sur les frontières de l'organique et du vésanique

Car il y a aussi là des syndromes maniaques tardifs intermittents, dont le caractère fondamental est de porter la marque « organique » reconnaissable objectivement. Réquet en a réuni plusieurs exemples très instructifs, tel celui-ci :

Femme de 54 ans, admise le 12 mai 191., à Château-Picon, avec le diagnostic de manie. Effectivement, l'humeur est satisfaite, joviale, le langage abondant, émaillé de propos érotiques, de calembours, d'associations étranges, comme il y a aussi des idées extravagantes, absurdes, de grandeur : richesse à millions, projets de mariage avec le Prince Charmant, de résider au Château de Versailles, etc. ; on passe à l'examen neurologique, qui reconnaît l'intégrité des réflexes pupillaires et rotuliens, retient une trémulation légère de la langue et une dysarthrie nette, mais peu accusée. La ponction lombaire donne issue à un liquide clair, dépourvu d'albumine en excès et d'éléments figurés. La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Tout bien pesé, c'est le diagnostic de manie tardive qui rallie tous les suffrages. L'évolution semble le ratifier. En effet, le 7 juin, la malade s'exprime ainsi: « Je suis tout à fait bien. Vous voyez, « je suis très calme et très raisonnable. Le château de Versail- « les ?... C'étaient des idées bizarres que j'avais et je ne sais « pas où je suis allée les chercher. Ainsi, je croyais être « enceinte, or, je savais bien que, cinq ans après mon retour « d'âge... Je n'avais jamais été malade comme cette fois-ci. Il « faut en arriver à 54 ans pour avoir des idées pareilles... »

Dès le 16 juin, la malade sortait de l'Asile avec un certificat de guérison. Elle y rentrait un mois après, jour pour jour, le 16 juillet 1921, avec le certificat suivant : « Troubles men-

« taux caractérisés par de l'excitation psychique généra-
« lisée, humeur joviale et satisfaite, mobilité de l'atten-
« tion, fuite des idées, bavardage incessant, avec propos gros-
« siers, propos érotiques, agitation modérée, mais continue.
« Ces troubles mentaux sont en évolution depuis deux mois
« environ. Ils ont motivé l'internement à Château-Picon, le 12
« mai dernier. Ils se sont calmés au point de permettre la
« sortie par guérison, le 16 juin. La rechute a été rapide, avec
« réapparition des mêmes troubles mentaux. » En réalité, il y avait quelque chose de plus, qui est mentionné dans le certificat établi le 17 juillet par D. Anglade « ...L'accès actuel se
« caractérise par l'abondance des propos, l'agitation motrice
« modérée, l'euphorie. Celle-ci est quelque peu puérile. On
« remarque une dysarthrie légère, et, cette fois, une lympho-
« cytose assez abondante dans le liquide céphalo-rachidien,
« sans albuminose. Il se pourrait que la malade entrât, par la
« manie intermittente, dans une méningo-encéphalite. » On verra, par la suite que la réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien n'était pas révélatrice d'une paralysie générale en évolution, mais d'une réaction méningée syphilitique banale, associée à un processus d'artérite cérébrale, vraisemblablement de même nature. La crise d'agitation fut interrompue par une phase de dépression de courte durée, mais pendant laquelle la malade se trancha la gorge avec des ciseaux. Elle survécut grâce à la suture de la trachée. Enfin, le 18 janvier 1925, en pleine crise d'agitation, elle essuya une attaque d'hémiplégie gauche définitive, déclina peu à peu, gardant une euphorie béate, et mourut le 3 mars. Une ponction lombaire pratiquée peu de temps avant la mort donna issue à un liquide céphalo-rachidien dépourvu de lymphocytes et très légèrement albumineux.

Des vérifications anatomiques et histologiques, très attentives, ont complété cette observation. On pourra s'assurer, par les pièces que nous produirons au Congrès, de l'importance, de la variété, du caractère, des lésions cérébrales ainsi constituées. Il sera facile d'y voir que les artères du cerveau sont le siège d'un processus généralisé d'altération de leurs parois, sous forme de mésartérite, d'endartérite, d'épaississements, d'amincissements. Sont réunis là tous les caractères que l'on est d'accord pour attribuer à la syphilis artérielle. C'est la rupture d'un vaisseau dans la région capsulo-striée, de l'hémisphère droit, qui a occasionné l'hémiplégie gauche. C'est autour des

vaisseaux que se sont formés d'innombrables lacunes énormes et visibles à l'œil nu, dans la protubérance, les noyaux gris et le cervelet, reconnaissables, même à la loupe, dans la substance grise du cerveau et du cervelet. Il est impossible d'en donner ici la description détaillée, quelque tentation que nous en ayons.

De tels faits pourraient se passer de commentaires. Il suffit d'en lire la relation brève pour être convaincu qu'il n'y a pas une simple coïncidence, une succession d'états différents, dans cette manie tardive, intermittente, dont les symptômes psychiques portent la marque du puérilisme et de l'absurdité, qui s'accompagne de tremblements de la langue, de dysarthrie, qui voit, à chaque accès, s'accentuer les symptômes d'organicité, qui verse dans l'état hémorragique et lacunaire du cerveau par la voie d'une syphilis artérielle. On peut voir là, entre autres choses, la réunion de deux états qui, d'ordinaire, s'excluent mutuellement : d'une part, la syphilis cérébrale artérielle, avec troubles mentaux discrets ou absents, d'autre part, la méningo-encéphalite, essentiellement parenchymateuse (D. Anglade), avec son cortège de troubles de l'esprit. Mais la syphilis artérielle a joué ici le rôle principal, et c'est pourquoi ne s'est pas réalisé le syndrome de la Paralysie générale.

4. Les états maniaques tardifs dans la chorée chronique de Huntington

Au lieu des troubles mentaux que l'on observe ordinairement dans cette maladie, et qui se ramènent à des troubles du caractère, des idées de persécution coléreuses avec déficit mental sous-jacent peu accentué on peut y voir de la manie tardive intermittente. Ces cas ne sont même pas très rares. Il y en avait récemment deux exemples, réunis dans le même service. Voici le plus intéressant, à notre avis : Femme de 50 ans, entrée à l'Asile le 2 septembre 1922. Sa chorée s'est révélée au moment de la ménopause. Elle avait été précédée de crises d'excitation intermittentes, de courte durée, 10 à 15 jours. Elles se traduisaient par de l'irritation, de la colère injurieuse et agressive, le refus de voir ses enfants, la menace de divorcer, ou bien par de la dépression avec refus d'aliments, propension au suicide, avec tentative d'exécution, par pendaison, asphyxie au moyen d'un réchaud, précipitation dans un

puits. L'accès terminé, l'état normal se rétablissait. Celui qui motive l'internement est d'une violence inusitée. Il y a eu une nouvelle tentative de suicide par pendaison. Le désordre des idées, de la tenue, des actes, est très prononcé. Les propos sont abondants, protestataires. L'orientation est suffisante, le déficit mental léger. Peu à peu, l'agitation diminue, la colère et l'hostilité s'apaisent. Elles sont traversées par des éclairs d'euphorie et des explosions de rire. Depuis plusieurs années, la maladie a cessé de procéder par poussées d'excitation psychique intermittente. L'état mental s'est fixé sous les formes qu'il adopte ordinairement chez les choréiques chroniques. Le caractère est désagréable, ombrageux, hargneux. La « folie motrice », par contre, s'exagère progressivement.

Là non plus, nous ne pensons pas que l'excitation intermittente ait précédé la chorée. Il est plus logique d'admettre que l'une et l'autre ont évolué parallèlement, obéissant aux mêmes influences pathologiques. Le processus irritatif, aujourd'hui mieux connu et anatomiquement défini, s'est exercé, d'abord, avec plus d'intensité, sur les territoires psychiques, plus tard, sur ces territoires et sur le corps strié. Tandis qu'à la phase présente, le rythme habituel paraît avoir réussi à s'établir.

5. La paranoïa tardive sur les frontières de l'organique et du vésanique

Parmi les cas de paranoïa qui, nettement, sont à leur place sur ces frontières, nous avons choisi, pour l'exposer ici brièvement, celui dont l'observation plus détaillée se trouve dans la thèse de Réquet (obs. XII). Il s'agit d'une femme de 51 ans, dépourvue d'antécédents héréditaires, qui, en novembre 1901 (elle avait alors 45 ans), à la suite d'une course précipitée, fut brusquement frappée d'aphasie motrice. Elle ne pouvait dire que oui... oui... oui. Il y avait, en outre, de l'alexie et de l'agraphie. Ce n'est que 8 jours après que l'on aurait remarqué, en outre, une hémiplégie droite, légère d'abord, plus accentuée ensuite, assez rapidement régressive, toutefois, sans laisser de reliquats, notamment d'ordre thalamique. Mais il y eut, un an après, des retours d'hémiparésie très légère et très fugace, accompagnés de vertiges. Les troubles du langage, eux, persistaient ; ils n'ont d'ailleurs jamais disparu. Une rééducation, patiente et intelligente, mit deux ans à rétablir la communication verbale, qui est demeurée défectueuse, ainsi que la lec-

ture et surtout l'écriture. C'est au cours des trois années qui ont suivi l'ictus cérébral initial que sont apparus les premiers symptômes de la série paranoïenne. La malade est devenue d'abord méfiante, ombrageuse. Ensuite, elle a précisé ses soupçons, échafaudé un délire de persécution à base de fausses interprétations dirigées surtout contre son mari, sur les agissements duquel elle a rassemblé un volumineux dossier. Les griefs sont exprimés avec bredouillement et animation. Les détails sont puérils, imprécis. Le certificat établi à l'arrivée à l'Asile de Château-Picon, le 22 décembre 1911, résumera ainsi l'état d'esprit : « Etat mental caractérisé par des idées de « persécution, à base de fausses interprétations. Cette malade « interprète tout dans le sens de l'infidélité et de l'inconduite « de son mari, qu'elle accuse de l'avoir toujours bafouée, « d'avoir eu même des relations incestueuses avec ses enfants. « La maladie mentale offre de particulier qu'elle s'est installée « à la faveur de lésions organiques du cerveau, qui subsistent « encore, car il y a des troubles du langage articulé. » (D. Anglade). Nullement cristallisée dans ce groupe d'idées délirantes, la malade, toujours excitée et revendicatrice, se tourne contre le personnel infirmier, les médecins, adressant aux autorités de nombreux rapports, remplis de protestations, de récriminations, d'accusations de complicité, d'empoisonnement, etc., le tout marqué au coin du puérilisme et du fléchissement de l'intelligence. Elle conserva cette attitude pendant les 5 premières années de son séjour à l'Asile. Après quoi, presque sans transition, un revirement se produisit dans l'humeur et les réactions. D'hostile elle devint résignée, aimable, repentante. Se disant en communication avec la divinité, elle écrivit ses révélations aussi longuement que ses protestations. Dans ces écrits, il y avait des prédictions favorables aux personnes qu'elle avait accusées précédemment. Puis, ce fut la dépression physique, le refus d'aliments, le dépérissement. Accueillante pour ses enfants, qu'elle accusait autrefois des pires actions, elle les supplia de la reprendre, ce qu'ils firent. De retour en Charente, son esprit s'éclaira peu à peu. Au Dr Anglade elle écrivit des lettres fort correctes. Aux dires de sa famille, l'état mental est encore vraiment assez satisfaisant, sauf que le fonds intellectuel et que l'état physique vont progressivement en déclinant, mais il ne s'agit pas, on nous l'a précisé, de démence profonde ni d'impotence physique complète.

C'est aussi à cause de cette surprenante rémission que le cas nous a paru mériter d'être rapporté à cette place. Il réalise une combinaison curieuse de paranoïa tardive longue et régressive avec un syndrome sous-jacent et rémittent d'aphasie motrice. N'est-il pas vraiment légitime de supposer qu'il y a une interdépendance de causalité anatomique entre ces deux syndromes ? Le lien qui, selon nous, les réunit, c'est le trouble vasculaire, c'est l'endartérite et la périartérite, qui ont supprimé momentanément ou gêné la fonction du langage et la fonction intellectuelle, dont la solidarité est aujourd'hui reconnue.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES TARDIVES A TEINTE ORGANIQUE

Chemin faisant, nous avons déjà énoncé quelques réflexions. Il nous paraît opportun de les rappeler et de les compléter.

Remarquons d'abord que le champ des frontières de l'organique et du vésanique aurait pu nous fournir une moisson plus abondante que celle, déjà trop copieuse, que nous avons récoltée pour la présenter dans ce rapport. Il y a, notamment, la paralysie générale, que nous avons laissée volontairement de côté, qui, pourtant, réalise tout ce qu'on peut imaginer en fait d'association de symptômes vésaniques et neurologiques. On y rencontre des neurasthénies, des manies, des mélancolies, des psychoses alternantes, à ce point caractéristiques qu'elles peuvent masquer les symptômes neurologiques, les faire méconnaître, même par les psychiatres les plus avertis. Cela est si vrai que quelques-uns d'entre nous persistent à penser qu'il s'agit alors de maladies distinctes, fortuitement accouplées. Et la même pensée leur viendra à l'esprit lorsqu'ils liront le chapitre de ce rapport, qui a trait aux vésanies teintées d'organicité cérébrale et viscérale en général. C'est pour eux que nous voulons nous répéter et redire les raisons que l'on peut avoir de penser autrement.

Il est essentiel, en pareille matière, de ne pas perdre de vue que le fait, pour un cerveau, d'être frappé organiquement, n'implique pas l'obligation de déchoir toujours progressivement. Une première atteinte peut ne pas se renouveler, et, si elle se renouvelle, même à plusieurs reprises, permettre la « restitution », non sans doute « ad integrum », mais partielle, importante. Il en est ainsi pour de nombreuses maladies

neurologiques, dont l'énumération serait longue. Dès lors, l'argument tiré de la périodicité d'une maladie neurologique n'est pas valable pour contester le caractère organique de la première. Il est logique d'admettre qu'une lésion cérébrale, ou le rententissement de cette lésion sur les territoires intellectuels, puisse se refroidir, se cicatriser, laisser le champ libre aux suppléances et permettre le rétablissement mental.

Pour être autorisé à mettre en cause cette lésion, il suffirait presque d'avoir reconnu, dans le syndrome psychopathique, quelques-uns des éléments que la clinique désigne comme propres à l'organicité. C'est bien ce qui est arrivé dans les états que nous visons. Ces terreurs absurdes des mélancoliques, leur anxiété puérile, ces idées mégalomaniaques absurdes des maniaques, ces agitations nocturnes, ces fabulations niaises des uns et des autres, sont bien les attributs de la démence organique. Il n'y a que les intoxications profondes qui soient susceptibles de les réaliser, et, à bien des égards, les organiques se comportent comme des intoxiqués, est-il besoin de le rappeler ?

Mais il y a d'autres raisons. La maladie neurologique et la maladie mentale, avons-nous dit, se prêtent mutuellement des symptômes, nous pourrions ajouter qu'elles en empruntent à l'involution viscérale tout entière. Leur solidarité n'est certes pas absolue, mais, à l'une comme à l'autre, il arrive de s'arrêter, de rebondir, pour finalement s'achever dans l'effondrement. Et la pathologie générale incite à leur attribuer des causes communes, dont les plus évidentes sont assurément les vices de la circulation cérébrale. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas remonter plus haut, vers les origines humorales toxiques ou toxi-infectieuses, glandulaires, de ces vices.

Et nous sommes tout naturellement dirigé vers cette autre considération : il y a des raisons sérieuses de soupçonner la syphilis de jouer son rôle dans la détermination des maladies, comme celles que nous avons groupées dans le Chapitre III de ce rapport. Les caractères des altérations vasculaires, lorsque nous avons pu les vérifier, sont bien ceux des artérites syphilitiques. Des réactions méningées discrètes inconstantes, la réaction de Bordet-Wassermann systématiquement recherchée par Kamal (*Thèse de Bordeaux*, 1918), et reconnue positive dans une proportion élevée (73 0/0), plaident dans le même sens.

Dès maintenant, il nous paraît judicieux et rationnel d'ap-

pliquer à tous ces cas une thérapeutique anti-syphilitique. Nous n'oserions pas leur faire subir la malariathérapie, ni même la pyrétothérapie chimique ou biologique, à cause des lésions vasculaires trop profondes et des autres insuffisances viscérales.

Pour en terminer avec ces considérations sur les « états frontières », qu'il nous soit permis d'étendre jusqu'aux Psychoses périodiques tardives apparemment anorganiques quelques-unes des réflexions que nous venons de faire. Notre pensée profonde est qu'il y a, dans ce groupe, des malades « mitoyens » qui pourraient revendiquer de passer dans l'autre. Autrement dit, certains cas de psychoses périodiques tardives sont, peut-être, de bonne heure et sans qu'on puisse l'établir fermement par la clinique, à défaut de signes neurologiques, des « états frontières ». Leur mode d'évolution et leur terminaison ne nous en apportent pas la preuve mais nous permettent de le supposer.

⁂

QUESTIONS SOULEVÉES DANS CE RAPPORT

Points sur lesquels le rapporteur pense que des échanges de vues, dans un Congrès d'Aliénistes et de Neurologistes réunis, sont susceptibles d'aboutir à des résultats utiles :

I

La réalité des psychoses périodiques tardives ?

Le qualificatif qui leur convient le mieux : tardives, préséniles, ou d'involution ?

Les symptômes qui leur sont propres ?

Ceux de l'ordre psychopathique et ceux d'ordre physique ?

La clinique révèle-t-elle des différences essentielles entre les psychoses d'involution et celles qui s'observent dans les périodes ascensionnelle et sédentaire du développement des organes du corps humain ?

Sont-elles notamment plus accidentelles que constitutionnelles ?

La mélancolie et la manie tardives ne sont-elles que des

manifestations, à retardement, de la folie maniaque dépressive latente ?

Que signifie la présence, si souvent remarquée, dans les psychoses périodiques tardives de signes physiques pathologiques, tels que ceux des séries vasculaires toxique, autotoxique, infectieuse, glandulaire ?

II

LES PSYCHOSES PÉRIODIQUES TARDIVES SITUÉES SUR LES FRONTIÈRES DU VÉSANIQUE ET DE L'ORGANIQUE ?

Est-il opportun, est-il légitime, de réserver une mention et une description spéciales à ces cas mixtes, dans lesquels la psychose périodique s'associe à un état neurologique assurément organique, se combine et s'enchevêtre avec lui ?

Ces associations, ces combinaisons, ces enchevêtrements, ne sont-ils que des coïncidences favorisées par la constitution psychopathique ?

Ou bien :

Etant donné la rareté relative des antécédents vésaniques,

L'importance des signes physiques,

Les modes d'éclosion et de succession des uns et des autres, des uns par rapport aux autres ;

Etant donné la présence vérifiée de lésions cérébrales corticales, proportionnelles, en intensité, et superposables, comme âge, aux symptômes psychopathiques observés ;

Etant donné la fréquence de la tare syphilitique vérifiée, chez ces malades, par la clinique et la sérologie,

N'est-on pas autorisé à confondre ces états vésaniques et neurologiques associés dans une même interprétation étiologique, pathogénique et anatomique ?

Ce qui voudrait dire qu'ils sont justiciables d'une thérapeutique commune ?

Enfin, y a-t-il intérêt, ou danger de fausse route, à s'inspirer de la connaissance de ces états-frontières dans l'étude des psychoses périodiques tardives proprement dites ?

DISCUSSION DU RAPPORT DE PSYCHIATRIE

M. Y. Delagenière, *Chirurgien de l'Asile des Aliénés du Mans.* — **Dépression mélancolique tardive guérie par hystérectomie pratiquée pour fibromes.**

Je vous apporte une observation qui, peut-être, élargit singulièrement le cadre de l'organique. cause des psychoses périodiques tardives, plus encore que ne l'a signalé M. Anglade dans son très beau rapport. Avant tout, je veux vous donner l'histoire de la malade, en regrettant seulement que ce cas soit bien récent pour prendre dès maintenant toute sa valeur.

M. le Dr Bourdin, Médecin-Chef de l'Asile des Aliénés du Mans a bien voulu me remettre les notes suivantes :

Mme T..., 46 ans ; entrée à l'asile le 29 novembre 1930 ; sortie améliorée le 27 février 1931 en vue d'une opération chirurgicale.

Antécédents héréditaires peu connus ; quelques cas d'alcoolisme dans la famille. Antécédents personnels : 3 filles vivantes ; aurait été soignée longtemps pour anémie et métrite.

Certificat d'admission (Dr Bourrouilhou) : idées actives de persécution ; crises d'excitation logorrhéique, avec fuite passagère des idées, suivies de crises de dépression. Hallucinations visuelles.

Certificat à l'Asile : dépression mélancolique, psychose dégénérative avec peut-être léger appoint alcoolique, idées de persécution, hallucinations auditives et visuelles, excitation par intervalles, zoopsie, insomnie. Tremblement net des mains. Etat mental : très tourmentée, entend dire que son mari et ses filles sont morts, réclame en conséquence des vêtements de deuil ; on a voulu l'empoisonner elle-même ; son mari a été tué, car il n'était pas malade pour mourir : on lui met des excréments dans sa nourriture, aussi ne veut-elle pas manger; fait même des menaces au personnel qui l'alimente malgré elle.

Fin décembre 1930, elle parle souvent seule, veut absolument que ses filles soient mortes, bien qu'elle reçoive des lettres, mais c'est le médecin qui les écrit ; se laisse parfois tom-

ber sur le plancher, disant qu'elle est morte, qu'on vient de la tuer ; pleure souvent, s'énerve parfois, crie, frappe des pieds, etc. Menstruation existante mais irrégulière, ce qui semble rattacher la psychose à l'évolution ménopausique.

En janvier 1931, peu d'amélioration ; croit toujours à la mort des siens, dort mal. Pertes utérines rouges, abondantes; soupçon de tumeur utérine. Faiblesse physique, anémie, dépression mentale qui tend à modifier le délire. Parle à voix basse, se montre plus indifférente, hésite moins à prendre les lettres de son mari ou de ses filles ; d'autres jours, le doute sur la survie des siens reparaît ; le sommeil et l'appétit sont toujours irréguliers.

⁂

Je vois la malade en février 1931, diagnostique l'existence d'une fibromatose utérine et conseille l'intervention, que la famille accepte. La malade quitte l'asile le 27 février et entre le jour même à la Clinique. Hystérectomie subtotale avec ablation complète des annexes le 2 mars 1931. Dès le 3e jour, après l'intervention, la malade perd son attitude hostile ; le lendemain, le tremblement des mains disparaît ; à partir du 6e jour, les idées délirantes ont complètement disparu. La malade quitte la clinique 12 jours plus tard, absolument normale au point de vue mental, pour rentrer chez elle.

L'examen histologique du Dr Beauchef montre : fibrome simple ; grosses lésions de la muqueuse, avec adénome kystique ; certaines plages hyperplasiques sont proches de l'adénocancer (1).

⁂

Il s'agit bien ici d'une psychose tardive, d'une psychose d'involution chez une malade approchant de la cinquantaine. Nous y retrouvons les caractères habituels de la mélancolie présénile : hérédité peu accusée, début progressif ; humeur triste, affaiblissement de la volonté et de l'attention : idées délirantes très accusées ; douleurs morales : mimique anxieuse ; le tremblement des mains était très net. C'est presque, trait pour trait, le tableau qu'en trace M. Anglade dans son rapport ; un

(1) En novembre 1931, la malade reste parfaitement guérie.

seul point diffère, c'est l'existence d'hallucinations sensorielles, que l'on peut rapporter sans doute, avec la zoopsie, à un certain degré d'alcoolisme. Il faut remarquer, d'ailleurs, qu'il s'agit d'une forme atténuée, du type dépression mélancolique.

Les troubles mentaux de cette malade étaient-ils d'origine utérine ? S'il est difficile de l'affirmer, la guérison étant trop récente, et une rechute toujours possible, il est cependant impossible de n'être pas frappé de la rapidité d'apparition de cette guérison après l'exérèse de l'organe malade. Il me paraît difficile d'admettre une simple coïncidence ; la guérison s'est réalisée en l'espace de quelques jours, moins d'une semaine après l'opération ; et elle a été complète, l'examen mental le plus minutieux ne révélant plus aucun trouble. Il me paraît plus logique d'admettre que nous étions réellement en face d'une psychose tardive d'origine hormonique ou toxi-hormonique, comparable aux faits autrefois étudiés par Clouston.

Peut-être même cette observation apporte-t-elle un fait de plus pour séparer la folie maniaque dépressive de la mélancolie tardive, comme le voulait Régis lorsqu'il écrivait : « La conception d'une folie maniaque dépressive constitutionnelle, essentiellement héréditaire et fatalement vouée à la récidive, comme le comprend l'école de Kræpelin, est difficilement conciliable avec la notion moderne, généralement admise, d'une manie et surtout d'une mélancolie accidentelles, relevant, avec la prédisposition toujours obligée, d'une cause occasionnelle maxima, l'auto-intoxication, et curable par la guérison de cette auto-intoxication génératrice. » Notre malade rentre bien dans ces cas.

***

Quelle que soit la valeur que l'on peut accorder à cette curieuse observation, je voudrais, à cette occasion, insister ici sur l'importance que devrait avoir la collaboration du médecin et du chirurgien dans les Asiles d'aliénés. Les chirurgiens sont à ce Congrès bien peu nombreux ; et cela vient peut-être de ce que nous sommes administrativement cantonnés dans les interventions urgentes ou banales, et écartés de toute tentative curatrice dans l'ordre mental.

Et pourtant, quelles voies thérapeutiques ne voyons-nous pas s'ouvrir chaque jour dans cet ordre d'idées ? Ce sont les tumeurs cérébrales, que nous pouvons souvent enlever aujour-

d'hui, et que pourraient déceler chez nombre d'aliénés (4 à 5 pour 100, dit Cushing) les examens spéciaux dont nous disposons aujourd'hui. Ce sont peut-être les mélancoliques chez lesquels on pourrait agir au niveau des ganglions semi-lunaires. Ce sont enfin les épileptiques, chez lesquels l'ablation du ganglion carotidien donne des résultats si encourageants, et chez lesquels, dans deux cas, mon Père avait obtenu des guérisons complètes par ligature du sinus longitudinal supérieur : il est vrai que ces deux observations remontent à 1904 et que, pour des raisons administratives, mon père dut s'abstenir, par la suite, de telles interventions. C'est cet état d'esprit que nous, chirurgiens des Asiles, serions heureux de voir se modifier, pour le plus grand bien de nombre d'internés et de leurs familles, permettant peut-être le développement plein de possibilités d'une véritable « chirurgie mentale ».

M. Courbon (de Paris). — Les psychoses périodiques tardives se présentent tantôt sous le type de la cyclothymie, tantôt sous le type de la bouffée délirante polymorphe. Quand leur symptomatologie est exactement la même que celle des psychoses périodiques de l'âge adulte ou de l'adolescence, elles ont un pronostic bénin. Ce sont des psychoses périodiques tardives, mais non des psychoses d'involution. Quand leur symptomatologie se complique des signes de la mentalité artérioscléreuse, dont l'hyperémotivité anxieuse, les accidents confusionnels et congestifs sont les principaux caractères, ou quand elle se complique des signes de la mentalité sénile, dont l'indifférence affective et la passivité sont les principaux caractères, leur pronostic est sévère. Ce sont des psychoses d'involution.

I. Formes cliniques des psychoses périodiques tardives. — Il y en a deux : celle de la cyclothymie avec ses accès d'excitation et d'inhibition maniaque, mélancoliques et mixtes décrits par Kræpelin, et celle de la bouffée délirante polymorphe décrite par Morel et Magnan.

II. Tardiveté et involution mentale. — La tardiveté commence vers 45 ans. Elle correspond donc à la phase d'involution biologique. Mais involution et tardiveté n'ont pas le même sens, car d'une part l'involution biologique n'arrive pas au même âge chez tous les individus, et d'autre part l'involu-

tion mentale ne coïncide pas toujours avec l'involution physique.

Il importerait donc de bien préciser les caractères de l'involution mentale. Je m'y suis efforcé ailleurs (1). Je me contenterai de rappeler ici certains de ses caractères les plus généraux. Ce sont une restriction de l'activité intellectuelle, d'où tendance au misonéïsme et au radotage, — un émoussement de l'affectivité, d'où développement de l'égoïsme, — un relâchement de la volonté, d'où accroissement de l'impulsivité, — enfin une susceptibilité croissante à l'égard des poisons endogènes ou exogènes, d'où méïopragies psychiques et tendances à la confusion mentale.

Cette involution mentale est le fait de deux facteurs souvent combinés : l'artériosclérose ou rouille de la vie et la sénilité ou usure de la cellule nerveuse par l'âge. Chacun peut imprimer une teinte spéciale à l'involution mentale.

a) L'involution mentale artérioscléreuse se caractérise par le développement de l'émotivité et une moindre atteinte de l'intelligence ; d'où intensité de l'anxiété et de l'impulsion au suicide dans les états psychopathiques conditionnés par l'artériosclérose ; *b*) L'involution mentale sénile se caractérise par une plus grande atteinte de l'intelligence et de l'affectivité ; d'où prédominance de l'indifférence et de la passivité dans les états psychopathiques conditionnés par la sénilité sans artériosclérose.

III. Psychoses périodiques tardives et involution mentale. — Tantôt il y a, tantôt il n'y a pas rapport entre celle-ci et celles-là.

A. Psychoses périodiques tardives mais non involutives. — Ce sont celles dont toute la symptomatologie se borne aux signes essentiels de la psychose, sans aucune addition de signe d'une mentalité d'involution scléreuse ou sénile. Elles sont rares. Leur pronostic est bénin. Quoique rares, elles existent, comme existe la pneumonie franche aiguë, du lobe inférieur d'un vieillard, bien que le plus souvent la pneumonie de la vieillesse soit bâtarde et localisée au sommet. Si elles n'existaient pas, Kræpelin n'aurait pas été amené à renoncer à sa conception d'une mélancolie présénile autonome. On peut les

---

(1) Le radotage (*Ann. Médico-Psychol.*, 1923. — Psychologie de la vieillesse. *Journ. de psychologie*, 1927).

expliquer comme étant l'éclosion tardive de la constitution cyclothymique et de la constitution à équilibre instable qui restèrent latentes pendant un temps anormalement long. Cette tardiveté peut paraître surprenante. Mais elle ne l'est pas davantage que celle de certains processus physiologiques comme celui de la dent de sagesse qui, au lieu d'apparaître avant 20 ans, comme chez tout le monde, n'apparaît parfois qu'après 50 ans chez certains individus.

B. Psychoses périodiques involutives. — Ce sont celles dont la symptomatologie s'enrichit des signes d'une mentalité d'involution scléreuse ou sénile. Elles sont bien plus fréquentes que les précédentes. Leur pronostic est sombre.

1° Psychoses périodiques d'involution artério-scléreuse. — Elles se caractérisent notamment par l'importance de l'anxiété; les poussées confusionnelles et congestives, l'abondance des signes neurologiques.

a) Les cyclothymies scléreuses donnent la mélancolie présénile de Kræpelin, la manie tardive d'Anglade, les états maniaques et mélancoliques situés par le rapporteur à la frontière du vésanique et de l'organique ;

b) Les bouffées délirantes scléreuses donnent ces syndromes polymorphes qualifiés confusion mentale tardive, délire périodique tardif, paranoïa tardive suivant la prédominance de tel ou tel symptôme et dont l'évolution s'accompagne de phénomènes apoplectiques.

2° Psychoses périodiques d'involution sénile. — Elles se caractérisent plutôt par la passivité et l'indifférence réactionnelles. Accès cyclothymique et bouffées délirantes dégénèrent en turbulence automatique.

Notons à ce propos que l'involution mentale sénile peut avoir pendant très longtemps son expression unique dans une impulsivité assez bien coordonnée de la conduite qui simule l'hypomanie. Cette impulsivité dont j'ai rapporté un cas très net, sous le nom d'incontinence mentale sénile (1) consiste, dans l'incapacité où est le sujet de différer l'exécution de ses conceptions. Bien des années avant de devenir le gâteux qui ne retiendra plus le contenu de ses réservoirs, le sénile ne peut plus retenir les envies contenues dans ses pensées. Cela ressemble à de la manie, mais ce n'en est pas.

---

(1) *Annal. Médico-Psychol.*, 1930, p. 58).

M. A. Repond (de Malévoz-Monthey, Suisse). — La soigneuse mise au point du sujet faite par le Dr Anglade et sa prudente retenue dans l'appréciation des états psychosiques dont il est question aujourd'hui méritent tous les éloges. La confusion la plus grande règne encore, en effet, sur ce sujet : comme l'a bien fait remarquer Anglade, les auteurs les plus expérimentés diffèrent très largement d'opinion, non seulement sur l'étiologie, mais aussi sur la symptomatologie, la clinique et, naturellement, davantage encore sur la classification des psychoses réunies collectivement sous le nom de psychoses périodiques tardives. On n'est même pas d'accord sur ce qu'il faut entendre par tardives, ni sur l'élément commun à toutes, qui serait pourtant nécessaire pour qu'on ait le droit de les réunir en une catégorie spéciale. Tout cela montre bien l'imprécision dans laquelle l'ancienne psychiatrie devait se complaire, étant donné qu'elle se bornait à décrire les états psychopathiques d'après leur aspect extérieur, d'après leur symptomatologie très fuyante, variable et souvent contradictoire.

Si l'on veut parler de psychoses périodiques tardives, quel serait tout au moins le dénominateur commun qu'il faudrait pouvoir établir dans chaque cas pour déterminer son appartenance à ce groupe ? Ce devrait être, me semble-t-il, son apparition à un âge tardif qui impliquerait une certaine relation avec des phénomènes cérébraux séniles. Autrement dit, il lui faudrait une justification anatomo-pathologique. Or, tel n'est pas le cas, parce que, comme nous le disions tout à l'heure, on n'est nullement d'accord quant à l'âge où les psychoses tardives commencent à mériter leur nom. La grande majorité de ces dernières apparaît vers la cinquantaine, à la période d'involution. Sommes-nous en droit de parler alors de sénilité ?

Quel est le fait essentiel de la période de l'involution ? C'est celui de la diminution ou de la cessation des fonctions sexuelles, et nous voici donc mis en présence de modifications dans l'équilibre de linstinct sexuel. Ne pourrait-on donc pas supposer que les psychoses d'involution, qui forment l'immense majorité des psychoses dites tardives, se rattachent d'une manière ou d'une autre aux troubles de fonctionnement d'un instinct dont la psychanalyse nous a révélé plus que toute autre science médicale, l'importance considérable pour l'équilibre ou le déséquilibre mental.

D'autre part, il paraît très probable qu'un bon nombre des autres syndromes décrits par le Dr Anglade sont des états

schizophrènes, des catatonies tardives dont l'éclosion, on le sait, peut dépendre, aussi bien que les catatonies éclatant à un âge plus jeune, de circonstances multiples. Je ne puis me défendre, à ce propos, de l'impression que l'on n'attribue pas dans ces cas une importance suffisante à l'anamnèse caractérologique, qui permettrait, plus que toute autre, de déceler les traits constitutionnels. Dans la plupart de nos cas, il est aisé de voir, et ceci est encore plus marqué, comme nous le verrons tout à l'heure pour les mélancolies ou les manies dites tardives, que tout le long de la vie du patient il a existé un certain nombre d'anomalies psychologiques et caractérologiques et que la crise aiguë n'est, somme toute, que l'aboutissement d'un déséquilibre latent antérieur. On pourrait supposer que ces déséquilibres latents deviennent manifestes sous l'influence d'une épine organique, d'un dérèglement glandulaire, quoique très souvent il est manifeste que des raisons purement psychogènes sont suffisantes pour déclancher la crise mentale tardive.

Il ne m'apparaît pas très clairement pourquoi le Dr Anglade fait rentrer dans son rapport les états psychopathiques pouvant accompagner une sclérose en plaques. A-t-il vu des différences symptomatiques essentielles, si ces troubles se produisent chez un vieillard ou s'ils surviennent chez une personne d'âge mûr ou relativement jeune ?

Il a fait allusion également à la paranoïa sénile. C'est là une psychose encore peu étudiée et peu connue qui présente, au point de vue psychologique, un grand intérêt. J'ai l'impression, d'ailleurs, qu'elle ressort plutôt de la démence sénile, quoiqu'il soit probable, d'autre part, qu'un terrain constitutionnel spécial est la condition de son éclosion.

Pour terminer, je voudrais attirer l'attention sur un point essentiel des problèmes si complexes que soulèvent la plupart des psychoses périodiques tardives, c'est-à-dire sur leur psychopathologie. Il y a là en effet, une quantité d'observations des plus intéressantes à recueillir et l'on pourrait y trouver la solution de bien des questions posées par le rapport du Dr Anglade. C'est tout particulièrement dans les mélancolies d'involution que l'investigation psychologique est fructueuse et permet de trouver la clé de phénomènes insolubles, si l'on se borne à l'observation purement clinique. On sait que la théorie de Freud sur la mélancolie est que cette dernière représente psychologiquement une régression libidinale à un stade

dit pré-génital dans lequel la libido se manifeste sous une forme primitive qu'il qualifie de sadique. Ce mot est, bien entendu, pris dans le sens le plus large de tendances agressives. D'après cette théorie, le mélancolique, au lieu d'extérioriser ses tendances sadiques agressives, les retourne contre lui-même : il met à se tourmenter, à se torturer, à se punir, à se blesser, à se détruire, une cruauté, un acharnement extrêmes.

Nous avons voulu vérifier si, dans le passé de nos mélancoliques et tout spécialement dans la mélancolie tardive, il était possible de trouver des traits caractérologiques permettant d'admettre l'existence de tendances sadiques constitutionnellement intenses. Chose curieuse, dans aucun cas nous n'avons reçu spontanément des renseignements sur ce point qui nous intéressait et même sur interrogation, les personnes les plus intéressées à l'affaire, les maris, dans nos deux derniers cas, gardaient sur le caractère de leur malade la plus prudente et la plus complète réserve. Dans ces deux cas par exemple, nous dûmes être renseignés par des parents plus éloignés (neveux, nièces). Nous sommes habitués à ce que les anamnèses psychiatriques soient mensongères, mais de là à prétendre qu'un malade fût doux qui a toujours eu le caractère le plus pénible, il y a un grand pas. Il faut, évidemment, faire la part du fait que le mélancolique souffre énormément, d'une manière si manifeste et si intense que les parents éprouvent une pudeur assez naturelle de rapporter des choses défavorables sur le compte de tel martyr. Cette explication ne me paraît pas toutefois suffisante et il faut bien admettre chez les partenaires de pareils malades un caractère complémentaire, masochiste, ce à quoi ils ont amplement l'occasion de se former. Il y aurait là un ensemble d'intrications psychologiques des plus intéressantes à étudier.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on réussit à surmonter la résistance des parents proches ou à obtenir des renseignements de parents plus éloignés, on ne manque pas d'apprendre les choses les plus intéressantes sur le caractère habituel, prémorbide des mélancoliques. On constate généralement que ces derniers ont été presque toute leur vie doués d'un caractère dominateur, tyrannique, méchant, cruel même. C'est une mère, par exemple, qui tout en s'accordant les plus larges libertés, a imposé à sa famille une tyrannie de tous les instants, s'étendant aux détails les plus menus de la vie quotidienne, qui a privé les

siens de tout plaisir, leur interdisant même les choses les plus normales, les mortifiant, les rabaissant à tout propos, détruisant en eux le goût de vivre et ceci au point de pousser indirectement un de ses enfants à la mort ; bref, montrant les traits caractéristiques d'une agressivité constante, d'un sadisme manifeste. C'est une autre femme, sans enfants, dont toute l'agressivité s'est tournée contre son mari. Elle l'a réduit, à proprement parler, en esclavage, ne le laissant pas sortir seul, se montrant d'une jalousie extraordinaire, quoique étant frigide elle-même, lui empoisonnant la vie par une surveillance de tous les instants, des critiques perpétuelles, des plaintes sur le sort qu'il lui faisait, etc., créant une atmosphère familiale absolument irrespirable et ceci au point qu'une nièce qu'elle dut recueillir ne put pas supporter plus de deux-trois mois la vie commune avec la malade. Nous pourrions multiplier les exemples.

Quel médecin songerait à un pareil état de chose quand il voit le mélancolique, pendant sa crise, doux et humble de cœur, ayant peur d'offenser tout le monde, prêt à prendre sur ses épaules tous les péchés d'Israël ? Je me souviens d'une autre patiente atteinte de mélancolie d'involution qui avait été, pendant sa dépression, la personne la plus exquise qu'on pûtt rouver : d'une très haute distinction d'esprit, elle paraissait pleine de cœur, pleine d'égards et de reconnaissance pour la moindre chose qu'on faisait pour elle. Elle m'avait laissé le meilleur souvenir et je l'avais toujours considérée comme une de mes patientes les plus sympathiques et les plus méritantes aussi, par suite des allusions discrètes qu'elle avait faites à sa vie entière de dévouement. Aussi les reproches qu'elle s'adressait, dans sa mélancolie, me semblaient-ils tout à fait excessifs, sinon délirants. Récemment, après une conférence où j'avais exposé en quelques mots ce caractère particulier des futurs mélancoliques, un confrère, le fils de cette malade que je ne connaissais pas, d'ailleurs, vint me trouver : il me demanda si je croyais pouvoir prétendre une pareille chose de sa mère. Très embarassé, je répondis que non, qu'elle me semblait devoir être une exception et que j'en avais gardé le meilleur souvenir. Là-dessus, il me raconta que sa mère avait toujours eu le caractère le plus tyrannique, le plus pénible, le plus sadique qu'on puisse imaginer et qu'elle était incapable de s'entendre avec qui que ce soit.

J'ai recueilli l'observation caractérologique d'un bon nombre

de mélancolies d'involution : la plupart présentent les mêmes traits et toutes la même constitution.

Ce sadisme dont nous parlons ne se montre en effet pas toujours sous une forme aussi manifeste. Il arrive au contraire que le malade ait apparu sous les traits habituels d'une personne timorée, anxieuse, doutant d'elle-même et paralysée par la crainte constante de faire du mal. Bien que de pareils caractères fassent plus aisément des crises maniaques que des crises dépressives, il s'en produit toutefois chez eux aussi. Une investigation psychologique approfondie montre bien chez ces malades aussi la présence de très fortes tendances sadiques mais celles-ci sont refoulées, ne peuvent s'extérioriser. Par le mécanisme connu en psychanalyse sous le nom de « projection », le malade se punit pour ses tendances, quoique ces dernières soient en grande partie inconscientes, il s'applique la loi du talion, c'est-à-dire se fait à lui-même ce qu'il faudrait faire aux autres.

En résumé, nous estimons qu'on devrait attacher beaucoup plus d'importance aux mécanismes psychologiques des crises mélancoliques d'involution et à leur caractérologie prémorbide. Ces études peuvent conduire beaucoup plus profondément dans la compréhension de ces états si complexes et encore si mal connus, que ne le fait la simple observation clinique.

M. Hesnard (de Toulon). — Messieurs, puisque le Rapporteur, que j'ai connu ici à Bordeaux, hier encore étudiant, et que je retrouve heureusement aujourd'hui revêtu d'une autorité psychiatrique bien acquise et qui fait hautement honneur à son hérédité paternelle, a posé quelques questions, je me permettrai de lui proposer quelques réponses, dans le sens de ma modeste expérience personnelle.

Les « folies périodiques tardives » existent, certes, de toute évidence. Mais toutes ne sont pas préséniles, tant s'en faut. En ce sens qu'elles peuvent ne pas annoncer du tout la sénilité cérébrale morbide. La vieillesse a droit, hélas, en plus de ses affections propres, à toutes les affections de l'âge adulte, qui, il est vrai, revêtent chez elle une physionomie particulière.

Mais de ce que chez un individu âgé, une psychose coexiste avec des signes de sénilité, physiques ou mentaux, il ne s'ensuit nullement que ces derniers signes conditionnent la psychose.

J'ajoute que la psychose périodique est loin d'englober tous

les états tardifs d'excitation et de dépression. Toutes sortes de psychoses excito-dépressives peuvent être observées chez le vieillard. Pour la raison principale que le Présénium et le Sénium sont des phases climatériques au même titre que la Puberté et la Ménopause. Or, certaines étiologies endocriniennes comme certains conflits affectifs peuvent ne se développer qu'à ces phases tardives de l'existence, attendant pour le faire, certaines conditions qu'elles seules peuvent réaliser.

A ce sujet, je me permettrai de regretter que le Rapporteur ait négligé, dans son Rapport, si consciencieux et si complet: le chapitre des névroses ou psychonévroses périodiques tardives, qui ne font que très rarement venir les malades à l'asile, alors qu'on les observe fréquemment en clientèle ou dans les maisons de santé pour névropathes.

Je ne parle pas de l'*Hystérie sénile,* assez rare, d'évolution non périodique, réaction pithiatique à de petits déficits neurologiques ou artériopathiques, plus ou moine effacés, mais d'une névrose très fréquente chez les vieillards : l'*angoisse-névrose* sénile, dont l'évolution peut être plus ou moins périodique.

Beaucoup d'individus ne font une angoisse morbide franche que dans la vieillesse. Les plus beaux cas que j'ai observés évoluant chez des individus qui n'avaient pas fait antérieurement d'accès périodiques ou cyclothymiques francs. C'étaient de tout petits névropathes constitutionnels, ayant accompli de brillantes carrières sociales, ne méritant pas le nom de psychasthéniques. L'étiologie de ces cas est souvent dominée par de graves chocs affectifs, des deuils par exemple, isolant moralement le malade, ou encore, comme vient de le rappeler mon ami le Dr Répond, des conflits sexuels avec une persistance de l'auto-érotisme cérébral, cause ou effet, ou les deux à la fois, devenu d'autant plus impérieux que la puissance érotique physique est éteinte, pour des raisons glandulaires et organiques.

Certains de ces syndromes sont assurément en rapport avec la déchéance artérielle, comme chez l'un de ces malades qui, au cours d'un accès d'angoisse, annonça sa mort, laquelle effectivement se produisit quelque temps après au cours d'un deuxième accès. Mais d'autres évoluent sur un terrain organique intact, eu égard à l'usure normale de l'organisme.

Le contenu de ces syndromes est fait surtout d'hypocondrie. Hypocondrie qui peut exister en l'absence de toute action appréciable de constitution « organique » ou autre, hypocon-

drie monotone, puérile, absurde même parfois, mais sans qu'il y ait pour cela forcément la moindre démence, et qui s'exerce sur de petits thèmes stéréotypés, sur de petits détails infimes, de la santé ou du bien-être immédiat. Ces gens sont des rapetissés de l'esprit, des rabougris de l'affectivité mais non forcément des déments.

Leur pronostic est grave. Si quelques cas guérissent lentement, et régressent souvent, d'autres durent de longues années, jusqu'à la mort. Le suicide est plus à craindre que dans l'angoisse des individus jeunes. A dire vrai, c'est *plutôt une allure oscillante qu'une périodicité vraie, qui les caractérise*. Leur thérapeutique est décevante, malgré l'espoir que certains malades mettent dans les merveilles charlatanesques des cures de rajeunissement, endocriniennes ou autres. Je crois d'ailleurs que certaines prétendues guérisons sont des phases d'euphorie périodique succédant à des phases de dépression anxieuse.

Et maintenant, pour terminer, je ferai une fois de plus remarquer qu'il n'y a guère d'intérêt à soulever ici, comme, hélas, nous le faisions à popos de chaque sujet, l'éternelle, irritante et oiseuse question des rapports de l'organique et du fonctionnel ou, selon l'expression du Rapporteur, du vésanique.

Qu'est-ce que l'organisme, sinon une affection à lésions grossières capables de retentir sur la fonction psychique ? Et qu'est-ce que le vésanique, sinon une maladie organique d'une organicité particulière fréquemment périodique et plus dissimulée que les autres ?

La productivité morbide est une, comme l'activité biologique normale est une, comme la science est une.

La psychologie, dont nous nous servons constamment en clinique, et dont nous devons nous servir constamment, est une Physiologie appliquée à des signes tirés surtout de l'analyse du comportement, c'est-à-dire de l'observation synthétique, intégrale de l'individu. Absolument comme la Physiologie n'est qu'une psychologie des réactions hormoniques et humorales des réflexes, des tendances instinctives, c'est-à-dire des tendances vitales élémentaires, automatisées et inscrites dans la structure de l'individu.

Prof. A. Donaggio (de Modena). — En relation à ce que M. R. Anglade a dit dans son remarquable rapport, sur l'impos-

sibilité de déceler des lésions dans certaines psychoses tardives, M. Donaggio rappelle que ses recherches démontrent l'existence de lésions dans les fibres nerveuses centrales ; ces lésions sont histochimiques, tout à fait initiales, de caractère primaire et pourtant invisibles si l'on fait usage des méthodes habituelles, tandis qu'elles se présentent si l'on fait usage des méthodes, avec lesquelles M. Donaggio a pu démontrer la dégénérescence des fibres dans la phase tout à fait précoce. Ces lésions des fibres nerveuses, qui peuvent empêcher le passage des courants, sont d'une importance évidente. Ces lésions sont reversibles parce qu'il ne s'agit pas de phénomènes destructifs. L'O. attire l'attention sur le fait que le perfectionnement des méthodes pourra démontrer que beaucoup des troubles qu'on considère fonctionnels répondent à des modifications organiques.

M. Henri Claude (de Paris). — Les manifestations psychopathiques périodiques se traduisant par l'excitation maniaque, la dépression mélancolique, les accès délirants, les états confusionnels plus ou moins teintés d'anxiété peuvent s'observer à un âge avancé, soit sous la forme persistante, soit sous la forme franche. Par forme persistante, il faut entendre les cas dans lesquels apparaissent encore dans la vieillesse des accidents psychopathiques qui ont pu déjà se produire autrement, soit sous un aspect clinique typique de folie périodique, folie circulaire, à accès plus ou moins espacés, soit sous l'aspect de phénomènes cyclothymiques plus ou moins frustes, traduisant parfois seulement un état dysthymique ou d'instabilité émotive.

Ce ne sont en somme que les derniers échos de la psychose maniaque dépressive ou des tendances délirantes intermittentes pour ainsi dire constitutionnelles.

Très différents sont les cas de psychoses périodiques survenant primitivement, à un âge avancé. Ces cas ne peuvent être acceptés comme manifestations périodiques primitives qu'à la suite d'une soigneuse enquête. Si celle-ci nous montre nettement qu'aucun antécédent pathologique de même ordre ne peut être relevé dans les antécédents du sujet, peut-on assimiler ces faits à ceux qui relèvent de la psychose maniaque dépressive ? Il me semble qu'il n'en soit pas ainsi, pour plusieurs raisons.

Du point de vue clinique, les symptômes dans ces psychoses

tardives sont assez différents. Le rapporteur a justement insisté sur l'importance de la douleur morale dans ces états mélancoliques tardifs, douleur morale assez atténuée chez les vrais mélancoliques périodiques, dont le barrage ou le blocage de la pensée est le symptôme primordial. Dans la psychose maniaque dépressive, les idées délirantes, soit du type maniaque, soit du type mélancolique, se reproduisent souvent à chaque accès avec une similitude très curieuse, à tel point que l'apparition dans l'état de santé de certaines de ces idées doit faire prévoir le retour des accès. Ceux-ci s'accompagnent de phénomènes biologiques assez réguliers = accélération du pouls et élévation de la pression artérielle, dans la crise maniaque, élévation de la pression veineuse, ralentissement du pouls, dans la crise mélancolique. Enfin la durée des accidents psychopathiques dans les formes circulaires, comme dans les formes périodiques, est généralement assez courte et le retour dans les intervalles libres à un état psychique normal montre bien qu'il s'agit de perturbations fonctionnelles dont le mécanisme nous échappe encore à peu près complètement, mais dont le substratum organique, lésionnel, reste douteux.

Il en est tout autrement dans les psychoses tardives dont on peut même dire que la périodicité est l'élément le plus fragile.

Beaucoup de ces états maniaques ou mélancoliques tardifs primitifs ne traduisent que des rémissions incomplètes ou passagères, ou passent même d'emblée à l'état chronique. La santé générale est souvent profondément altérée. Les troubles fonctionnels des divers organes sont fréquemment mis en relief : azotémie, chlorurémie, albuminurie, hypertension artérielle, etc. Dans la majorité des observations, exclusion faite des cas de psychoses tardives, prolongation des manifestations périodiques de l'âge adulte, on peut accepter avec le rapporteur que ces troubles traduisent l'existence d'un trouble organique. Celui-ci peut être difficile à déceler par les moyens neurologiques, les altérations résultant de l'artériosclérose, du spasme vasculaire, d'intoxications diverses ne se traduisant pas par des signes de localisation. La confrontation des symptômes observés avec ceux que l'on note dans les cas d'organicité avérée justifie la tendance à l'assimilation. L'apparence même de périodicité, quelque réduite qu'elle soit, peut s'expliquer d'ailleurs par les variations dans l'importance des troubles circulatoires ou des phénomènes d'intoxication.

Des observations comme celles qui sont consignées dans le rapport de M. Anglade, nous en avons tous à l'esprit, et les confirmations anatomiques sont loin d'être rares. Aussi croyons-nous qu'on peut avouer que les manifestations psychopathiques, surtout dans le type des psychoses périodiques, bien que la périodicité ne soit pas toujours nette, apparaissent à un stade présénile, et surtout sénile, d'une façon primitive, doivent inspirer les plus grandes réserves au point de vue pronostic en raison du substratum organique qui est le plus souvent à l'origine de la maladie, et de l'évolution fréquente vers un état démentiel.

Ces faits de transition entre les accidents périodiques typiques et les psychoses tardives ne sont pas rares. Il est fréquent d'observer des cas comme ceux-ci : un sujet ayant eu deux ou trois accès périodiques antérieurement reste 20 ans, 30 ans sans accuser de nouvelles manifestations. A l'occasion d'une atteinte spécifique ou non, d'un état d'insuffisance rénale ou hépatique, il va présenter un nouvel état d'excitation, de dépression ou des idées délirantes. Mais cette fois, en raison des tares organiques nouvelles, le syndrome d'apparence périodique va traîner, subir quelques rémissions passagères et finalement aboutir à un état chronique. J'ai observé ainsi un homme d'une haute intelligence, chez qui je vis apparaître un syndrome dépressif anxieux. Malgré qu'il eût dépassé la cinquantaine, en raison de l'existence d'un ou deux accès dépressifs longtemps auparavant, je fus tenté de porter un pronostic assez bénin. Mais peu à peu un certain aspect figé, un tremblement caractéristique, ne laissèrent pas de doute sur l'apparition d'une maladie de Parkinson. L'état mélancolique s'est accentué et a passé à la chronicité. D'ailleurs, même chez les sujets jeunes, le parkinsonisme post-encéphalitique conduit souvent à la mélancolie, et le suicide n'est pas rare dans cette forme. La paralysie générale chez les mêmes périodiques revêt souvent au début la forme d'un accès maniaque ou mélancolique et peut être souvent méconnu en raison de la similitude des accidents actuels avec des troubles anciens. S'il existe des analogies symptomatiques entre les psychoses périodiques typiques de l'adulte et certains syndromes psychopathiques, observés à la période d'involution, de périodicité le plus souvent restreinte, la distinction entre les deux catégories d'affection est justifiée. Les manifestations périodiques typiques ne sont que l'impression d'un trouble fonctionnel dont il est dif-

ficile de fixer la nature toxique, liée à des variations complexes du métabolisme, et à des états endocrino-sympathiques encore insuffisamment fixés. Les psychoses d'apparence périodiques tardives sont si nettement liées aux manifestations à base nettement organique que leur pathogénie devrait bien reposer sur un substratum anatomique où les centres nerveux et les insuffisances des différents appareils sont également en cause.

M. Porot (d'Alger). — Tous ceux qui ont lu ou seront appelés à lire le rapport de M. R. Anglade, lui sauront gré d'avoir placé la question sur son véritable terrain, celui des réalités, cliniques ou anatomo-cliniques, sans trop se soucier des problèmes doctrinaux.

A cet égard, je crois qu'on peut distinguer plusieurs groupes de faits concernant les psychoses périodiques tardives :

1° La *mélancolie dite d'involution* est le plus important. Il faut la distinguer résolument de la folie circulaire. Mérite-t-elle bien, au surplus, le qualificatif de *périodique* ? Assurément non, si l'on entend ce mot au sens de maladie circulaire, de folie à double forme, car nous ne la voyons jamais faire place à des accès maniaques ou alterner avec eux. S'il y a de l'agitation (et il y en a souvent), c'est de l'agitation anxieuse. L'élément foncier, fondamental de la mélancolie d'involution, c'est l'anxiété. Cette affection est un chapitre — et un des plus gros — de la pathologie de l'anxiété.

Les troubles circulatoires y sont possibles, mais non constants. Ce sont surtout des *troubles de la pression artérielle*, dont les variations peuvent, dans certains cas, commander les variations de la dépression mentale. Il s'en faut toutefois que la mélancolie d'involution soit toujours et exclusivement sous la dépendance du régime artériel.

2° Il y a des *psychopathies séniles ou préséniles de nature organique*, qui comportent, au cours de leur évolution, des phases d'agitation ou de dépression, lesquelles ne sont que des manifestations contingentes et secondaires d'un état psychique profondément troublé par des désordres anatomo-physiologiques importants et nettement décelables.

Ces psychopathies séniles peuvent prendre, au début, et dans une période en quelque sorte prodromique, le masque d'une psychose périodique ou alternante, avant d'évoluer vers

un stade de démence avec signes neurologiques. On peut en distinguer deux types : *a*) le *type encéphalitique* et *b*) le *type circulatoire*.

a) Dans le *type encéphalitique*, on voit les poussées évolutives, les crises d'excitation correspondre à des élévations thermiques de plusieurs jours ; le tableau se complète de signes neurologiques et parfois d'une réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Une malade de 58 ans, indemne de tout antécédent, qui a traversé sa ménopause sans incident, présente depuis quelques années un peu de dépression anxieuse et de l'insomnie. Envoyée à Royat parce qu'on lui a trouvé un peu d'hypertension, elle en revient transformée et développe, pendant 3 mois, (de septembre à novembre 1924), une phase d'hypomanie nette : activité exagérée, entrain et gaîté « comme jamais » dit sa famille, « se dépensant beaucoup pour autrui ». En décembre 1924, reprise de la dépression puis agitation anxieuse, cris, auto-mutilations, interprétations malveillantes ; pendant plusieurs mois, crises d'excitation de plusieurs jours avec poussées thermiques, suivies de rémission. Développement d'un état hypertonique prédominant à gauche ; lymphocytose du liquide céphalo-rachidien (16 éléments) sans autres modifications. Affaiblissement intellectuel rapide, tendance aux stéréotypies et mort en mars 1925.

b) Dans le *type circulatoire*, on voit des désordres fonctionnels (variations de pression, crises de tachycardie paroxystique) d'allure intermittente, évoluer plus ou moins parallèlement aux variations de l'excitation ou de la dépression mentale ; puis, apparaissent des signes nets d'insuffisance cardiaque pendant que l'état mental s'altère plus profondément et évolue vers un état confusionnel chronique ou vers l'incohérence démentielle.

Un instituteur de 63 ans, indemne de tout antécédent, fait à 57 ans un premier accès dépressif léger, d'une durée de 6 à 8 semaines. Second accès dépressif à 62 ans, plus intense, avec amaigrissement, à la suite de la mort d'un fils adoptif. Trois mois de calme ; reprise du poids. Puis, en septembre 1925, état d'excitation maniaque : loquacité, entreprises religieuses inusitées, accès de terreur anxieuse, fugues. Des raptus anxieux violents se succèdent plusieurs fois par jour, chaque fois en rapport avec un accès de tachycardie intense,

suivi de dépression avec anhélation, dyspnée. Œdèmes intermittents. Au bout de 6 mois, rentre chez lui ; trois mois de calme, mais gardant un esprit d'entreprise inusité (articles de journaux, préparation de livres). Puis reprise d'excitation avec tachycardie, œdèmes ; grands accès vertigineux (absences) et attaque d'aphasie. Evolution vers l'insuffisance cardiaque définitive, avec affaiblissement mental.

Il se passe, dans le domaine mental, ce que l'on admet aujourd'hui dans l'ordre neurologique : des poussées encéphalitiques inflammatoires, commandant une succession plus ou moins distante de petits ictus [Paviot, Nové-Josserand (1)], ou bien une succession de petits ramollissements commandés moins par l'oblitération totale des vaisseaux du cerveau que par des fléchissements circulatoires entraînant l'ischémie [Cl. Vincent, Ch. Foix (2)].

3° Il y a des *psychoses tardives d'allure périodique, manifestement d'origine accidentelle.* Souvent, à leur origine, on retrouve un traumatisme. Ce peut être un *traumatisme crânien* et j'ai eu l'occasion comme expert de voir récemment un puisatier d'une soixantaine d'années, qui avait commis un attentat à la pudeur au cours d'un accès de dépression confuse; depuis une chute grave, dont il avait gardé un enfoncement crânien, cet homme était sujet périodiquement à des accès de dépression de plusieurs jours au cours desquels il laissait son travail et se livrait à toutes sortes d'actes illogiques ou délictueux.

Dans d'autres cas, c'est un *traumatisme général,* comme chez une femme de 60 ans qui fit deux accès dépressifs à 6 mois de distance à la suite d'une chute grave.

Dans un autre cas, chez un officier de 52 ans, survint un accès franc de mélancolie qui guérit bien. Le premier accès avait eu lieu quelques années auparavant, alors qu'il était prisonnier de guerre et avait été placé dans un camp de représailles à la suite d'une tentative d'évasion.

Une étude attentive de tous les faits de psychose périodique tardive permet bien souvent de déceler, à l'origine du pre-

---

(1) Nové-Josserand. — Nature inflammatoire de l'hémorrhagie cérébrale en foyer (*Thèse de Lyon*, 1909).

(2) Ch. Foix, Hillemand et Ley. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris* (11 février 1927).

mier accès, un accident nettement générateur, soit par les séquelles organiques qu'il laisse à sa suite, soit par la répercussion physiologique ou de déséquilibre humoral qu'il a entraînée.

4° Il reste enfin quelques cas de psychose périodique tardive dont la cause accidentelle ou acquise échappe et pour lesquels il faut recourir à la notion d'un *état constitutionnel* qui ne s'est révélé que fort tard. Je les tiens pour rares (10 à 20 0/0). Encore y a-t-il, le plus souvent, une cause occasionnelle de déclanchement. Chez une femme de 50 ans, un grand accès de manie éclate à la suite d'une néphrotomie ; bien qu'elle n'eût pas eu d'accès antérieur, cette femme avait été, toute sa vie, une petite hypomane. Un homme pléthorique et hypertendu fit, de 50 à 62 ans, trois accès mélancoliques ; bien qu'il n'y eût rien dans les antécédents personnels ou héréditaires, la preuve de l'élément constitutionnel fut fournie plus tard par l'*hérédité successive* que je fus amené à connaître dans cette famille : un de ses fils fit, à 32 ans, un accès de dépression mélancolique ; une de ses petites-filles eut à 19 ans un état de dépression anxieuse.

Telles sont les classifications provisoires et de pure clinique dans lesquelles on peut faire entrer les faits, en attendant que des précisions nouvelles sur leur déterminisme étiologique permettent un classement plus rationnel et définitif.

MM. J. Abadie, *Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales à la Faculté de Bordeaux*, et M. Labuchelle, *ancien Chef de Clinique des maladies nerveuses et mentales*.

Données statistiques sur les psychoses périodiques à début tardif, d'après les archives du Pavillon d'Observation Psychiâtrique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Il nous a paru intéressant de rechercher quelle était, dans un courant régulier de malades mentaux de toutes catégories, et pendant une assez longue durée, la proportion de malades atteints de psychoses périodiques et, parmi ceux-ci, chez combien les premiers symptômes de cette affection n'avaient fait leur apparition qu'après 45 ans.

Pour cela, nous avons compulsé les archives du Pavillon d'Observation psychiatrique de l'hôpital St-André de Bor-

deaux, correspondant à une période de douze années consécutives, et voici ce que nous avons trouvé (dans les pourcentages, nous avons négligé les décimales) :

Pendant cette période, il est passé au Pavillon d'Observation 3.989 malades différents, de toutes catégories, se décomposant ainsi : 1.787 hommes et 2.192 femmes. Sur ce nombre total, il y a eu 921 malades, soit 23 0/0, qui étaient atteints de psychoses périodiques : 321 hommes (soit 17 0/0 du nombre total des hommes) et 600 femmes (soit 27 0/0 du nombre total des femmes).

Sur les 321 hommes, 172 présentaient un état maniaque, 131 un état mélancolique ; 18 présentaient soit un accès mixte, soit un accès à double forme, soit un état circulaire.

Sur les 600 femmes, 277 présentaient un état maniaque, 303 un état mélancolique et 20 un accès mixte ou à double forme ou un état circulaire.

Nous pouvons remarquer en passant que, d'après ces premières données, d'une façon générale, les psychoses périodiques paraissent plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, et de plus, que les hommes atteints de ces psychoses ont plus souvent des accès maniaques, et les femmes plus souvent des accès mélancoliques.

Si nous nous plaçons maintenant au point de vue de l'âge auquel apparaissent les premières manifestations des psychoses périodiques, nous voyons que chez 561 malades, soit dans 61 0/0 des cas, le premier accès a eu lieu avant 45 ans, et que chez 360 malades, soit 39 0/0 des cas, il a lieu après 45 ans.

Parmi les malades ayant eu leur premier accès après 45 ans, il y a 118 hommes (soit 33 0/0) et 242 femmes (soit 67 0/0). Les accès initiaux ont été 154 fois des accès maniaques (63 hommes et 91 femmes), 192 fois des accès mélancoliques (48 hommes et 144 femmes), et 14 fois des accès mixtes, à double forme ou des états circulaires (7 hommes et 7 femmes).

Si nous recherchons avec un peu plus de précision l'âge du premier accès, nous constatons que, dans la très grande majorité des cas, il éclate de 45 à 60 ans. Nous avons laissé volontairement de côté dans ce calcul, les états mixtes ou à double forme qui ne représentent qu'un pourcentage infime. En effet, 238 accès ont débuté de 45 à 60 ans, sur les 360 relevés au total après 45 ans. Sur ce nombre, il y avait 123 accès mélancoliques et 115 accès maniaques. Entre soixante et soixante-dix ans, on compte 88 accès de début, soit 55 accès

mélancoliques et 33 accès maniaques. Enfin, nous avons relevé 20 cas ayant débuté après 70 ans (dont deux après 80 ans) sur lesquels il y a 7 accès mélancoliques et 13 accès maniaques.

Dans ces derniers cas survenant à un âge avancé, nous n'avons retenu que des états maniaques ou mélancoliques authentiques, et non les états d'agitation automatique plus ou moins permanents que l'on observe si fréquemment chez les déments séniles.

Sur le nombre total des cas, nous n'avons trouvé que trois psychoses circulaires et toutes trois avaient débuté avant 45 ans. Il aurait fallu étendre nos recherches à une période beaucoup plus longue pour en relever des cas ayant débuté après 45 ans et pouvoir en apprécier la fréquence proportionnelle. Nous n'avons également trouvé qu'un cas d'accès à double forme qui s'est produit avant 45 ans. Mais ici, nous devons faire toutes réserves, car les malades ne font qu'un court séjour au Pavillon d'observation psychiatrique avant d'être envoyés dans les asiles d'aliénés, et il est fort probable qu'un certain nombre de malades qui, au Pavillon, n'ont présenté qu'un état maniaque ou mélancolique ont, pendant leur séjour à l'asile, présenté un accès à double forme.

De ces rapides données statistiques que nous arrêtons de crainte d'être fastidieux, on peut conclure d'abord que, sur le nombre total des psychoses périodiques, la proportion des cas qui éclatent après 45 ans est sensiblement la même chez les hommes que chez les femmes. De plus, les accès mélancoliques sont proportionnellement plus fréquents après 45 ans qu'avant ; c'est surtout chez les femmes que l'on remarque une énorme prépondérance des accès mélancoliques dans les psychoses périodiques tardives. De 45 à 60 ans, le nombre des accès mélancoliques (hommes et femmes) et des accès maniaques s'équilibre sensiblement. De 60 à 70 ans, le nombre des accès mélancoliques de début prédomine fortement, tandis que, dans les deux tiers des cas, les psychoses périodiques débutant après 70 ans commencent par un accès maniaque.

M. le Dr Egon Kohler (de Genève) : Il peut paraître téméraire qu'un médecin venant d'une aussi petite république que celle de Genève, participe à la discussion ouverte par le remarquable exposé de M. le Dr Anglade, exposé si complet, si clair, malgré l'envergure de la thèse développée. Il me sem-

ble présomptueux même de vouloir risquer d'ajouter quelque chose à l'expérience d'un savant aussi éminent, vers lequel le plus grand nombre de nos neurologues et psychiatres se tournent avec admiration, hommage justement mérité, car nous savons, Messieurs, tout ce que nous devons à la science française, vous savez bien vous-mêmes notre profond attachement à la France.

Qu'on me permette, cependant, quelques réflexions personnelles ; depuis 15 ans, je me suis attelé, dans le cadre de ma modeste activité de neurologue-psychiatre et de la médecine interne, à l'étude de la thérapeutique des états psychiques bizarres ou douteux, tels que de malades atteints de troubles mentaux qui, en réalité, méritent, jusqu'à un certain point, d'être placés dans les cadres réels des psychoses tardives périodiques.

La réalité de ces états est d'une évidence incontestable. Quiconque ayant vécu dans la psychiatrie et dans la neurologie ne peut nier que ces psychoses sont restées très longtemps inconnues, peut-être trop longtemps entre les mains de confrères qui n'attachent que fort peu d'importance aux troubles psychiques avertisseurs.

Je n'ai pu toutefois constater que très rarement qu'une symptomatologie pareille tombe comme une foudre sur la tête du malade sans que celui-ci, avant la période qui l'amène à l'asile, ait présenté des dispositions certaines, disons, et ait dressé des antennes susceptibles de lui attirer cette foudre. Ces antennes sont difficiles à repérer, car elles sont dissimulées derrière une barrière de symptômes complexes, parfois impondérables auxquels, à défaut de mieux, on s'efforce de donner les noms de neurasthénie, de psychoses fonctionnelles sans importance, ou d'hystérie, ou encore, de caractère bizarre, désagréable au point de vue familial, sans doute, mais pas encore dangereux pour la société.

Dans tous ces cas, l'examen le plus attentif, tant au point de vue clinique qu'au point de vue biologique, avec les moyens d'investigation dont nous disposons, ne peut rien relever de spécialement caractéristique, cependant, pour un observateur averti, il se dissimule, pendant une phase de calme, de logique, de travail profitable, de petits syndromes psychiques qui donnent à cet état une teinte discrète de douleur peu bruyante, une certaine agitation, quelquefois incompréhensible, certaines crispations inexplicables, une inertie triste non

conditionnée, ou le contraire, semblable à une phase d'exaltation : en somme, toute une symptomatologie qui fait songer à des « petits mentaux », à des « mitoyens » et plus tard à des « états frontières ».

A mon avis, ces dispositions ne sont ici qu'une phase préparatoire, équivalent à un état pré-clinique, prodromique, correspondant à un premier avertissement d'une auto ou hétéro-intoxication, agissant peut-être sur le grand sympathique, ou sur le fonctionnement normal des glandes à sécrétion interne.

Je crois qu'il est juste de dire que les psychoses tardives périodiques sont la conséquence de l'involution organique prématurée. Mais est-ce que les psychoses juvéniles fonctionnelles, c'est-à-dire celles d'évolution, ne peuvent pas être envisagées déjà comme une prédisposition ? Avons-nous, psychiatres, toujours la chance d'arriver à temps pour découvrir, ou interpréter ce qui peut, éventuellement, nous mettre sur une piste pour enrayer ou prévenir un état tardif réagissant exceptionnellement à une certaine thérapie, étant donné les troubles vasculaires de l'encéphale et du système viscéral trop avancé ?

Sommes-nous à même d'arriver toujours assez tôt pour appliquer une thérapie propice dont les résultats serviraient, non seulement à retarder, mais aussi à éliminer éventuellement l'éclosion d'une altération ?

Or, si déjà nous, psychiatres et neurologues, et même les plus avertis d'entre nous, nous avons toutes les peines du monde à reconnaître les signes précurseurs d'un état définitif, à plus forte raison cela doit-il être difficile pour les médecins pratiquant d'autres spécialités et qui, généralement, sont consultés avant nous.

Il me semble que l'on peut opposer à l'organique d'une psychose tardive périodique un état fonctionnel, mental ou vésanique, dont le changement humoral serait une des conditions primordiales. Ce changement humoral, généralement impossible à préciser, dans le moment même, avec nos méthodes de recherches actuelles, donne à la longue des lésions de l'endothèle vasculaire qu'on trouve souvent dans les psychoses tardives.

Si l'involution prématurée, qui me semble un facteur principal, est la cause des psychoses tardives, comment pourrait-elle être retardée. •

D'après les études et les faits constatables, l'âge d'involu-

tion commençant à 45 ans, serait-il pas trop précoce ? La sénilité, dans des conditions physiologiques normales, apparaît bien plus tard et se manifeste par des stigmates visibles que je n'ai pas besoin de citer. Et pourtant, chacun de nous est condamné à en arriver là, à moins qu'il ne meure auparavant. Cette sénilité ne peut pas être même enrayée, malgré toutes les expériences steinachiennes et voronofiennes. Mais tant charlatanesques que nous paraissent ces tentatives, elles contiennent quand même quelques traits dignes d'intérêt. On peut admettre que les chocs protéiniques qui suivent l'implantation des glandes endocrines ou la ligature du cordon constituent, en effet, un succès temporaire.

Une autre question : Est-ce que les caractères des artérites dont notre honoré Rapporteur nous a entretenus, sont toujours attribuables à la syphilis ? Par cela je ne veux nullement me mettre en opposition avec le chiffre de 73 0/0 cité dans le travail de Kamal.

Est-ce que le seul danger pour l'endothèle vasculaire serait cette affection à laquelle, pour le moment, on attribue, à défaut de mieux, une importance trop grande ? J'ai l'impression que ce serait exagérer la valeur d'un facteur non négligeable, mais non unique.

Est-ce que, des états toxiques d'autre nature, ne peuvent pas, à la longue, attaquer aussi l'endothèle et donner lieu à des psychoses tardives qui, dans certains cas, seront peut-être précoces ?

Je reviens à un point qui me semble intéressant. Pendant mes 15 ans de pratique, j'ai eu l'occasion d'observer aussi bien des psychoses d'involution que des psychoses visibles dans la période ascensionnelle et sédentaire de notre organisme et je ne puis me défaire de l'impression qu'une toxicité primaire humorale est la cause d'une sénilité précoce. La différence entre ce qui conditionne les manifestations psychiques d'involution et d'évolution est que, dans la première, nous avons à faire à un état cellulaire déterminé, tandis que, dans la seconde, nous devons considérer l'action humorale sur une cellule capable de se défendre.

Comment s'expliquer la périodicité des psychoses tardives ? Nous savons, par notre éminent rapporteur, qu'un cerveau, lorsqu'il est frappé organiquement, ne déchoit pas toujours progressivement. Une première atteinte peut ne pas se renou-

veler, mais, si elle se renouvelle même à plusieurs reprises, elle n'exclut pas la « restitution », du moins partielle, sinon « ad integrum ».

N'est-ce pas là la preuve qu'à côté de l'organisme, il existe encore, hors de la cellule, un agent qui influence périodiquement le cerveau, après que celui-ci est quasi-mitridatisé contre une toxicité humorale ? Si nous ne luttons pas contre cette toxicité, elle produira de nouveaux phénomènes cellulaires, qui, en fin de compte, par défaut d'irrigation vasculaire, constitueront le « movens » de tout mal irrémédiable.

N'aurons-nous peut-être pas la chance d'intervenir, au point de vue thérapeutique, si nous nous efforçons de combattre des états psychotiques manifestés pendant la période ascensionnelle et sédentaire avant qu'une lésion viscérale soit établie ? Il en est de même comme dans la P. G. L'action thérapeutique est d'autant plus efficace lorsqu'on peut atteindre le mal et le prendre à son début.

En ce qui concerne les psychoses tardives périodiques, une thérapie de chocs serait peut-être de haute valeur pour éviter au malade l'asile avant l'apparition physiologique de la sénilité corporelle et mentale. J'ai rencontré des malades qui avaient en vain cherché leur salut auprès de 40 ou 50 médecins avant d'arriver au lieu de leur destination dans une période d'état où toute thérapie semblait être inefficace. Chez quelques-uns pourtant, une tentative qui ne laissait pas beaucoup d'espoir fut entreprise, et malgré la tardivité du cas, avec résultat inespéré. D'autres cas traités avant leur période d'état par la thérapie de chocs soit chimiques ou biologiques, et que j'ai eu l'occasion de suivre pendant 5 ou 10 ans, n'ont fait ni rechutes, ni ne représentèrent de symptômes de psychoses tardives.

Le traitement de chocs employé de préférence était la tuberculino-thérapie avec la tuberculine ancienne Koch ou son homologue, la tuberculine Pasteur, non parce que celle-ci se montre efficace aussi dans la P. G., mais parce que, dans la littérature médicale, une quantité de cas cités démontrent une amélioration notable, voire de guérisons complètes, dans des affections nerveuses où rien de spécifique n'avait pu être décelé. Il serait trop long d'énumérer tous les praticiens qui profitèrent de la lumineuse idée de Wagner-Jauregg, promoteur d'une nouvelle ère thérapeutique en psychiatrie.

Il est essentiel de vouloir prévenir un état psycho-patho-

logique, conditionné organiquement, par l'application d'une thérapie dont les conséquences seraient de changer quelque chose dans notre constitution humorale avant que celle-ci pût déterminer des lésions qui frappent l'organisme d'une telle manière, surtout l'encéphale, que tous les moyens thérapeutiques se trouvent devant un fait irrémédiable.

Permettez-moi, en terminant ce petit exposé, de nommer une suggestion que le Prof. Wagner-Jauregg a faite à la 36e Conférence internationale à Vienne (1920), sur : « Fieber-und Infektionstherapie von Nerven und Geisteskrankheiten. » A part les autres thérapies de chocs, il semble que la tuberculino-microthérapie, c'est-à-dire celle qui évite de produire de fortes réactions, serait digne de retenir l'attention médicale, digne d'être mieux étudiée au point de vue scientifique, afin qu'on puisse se rendre compte de la valeur de cette méthode appliquée à des affections présentant des troubles psychiques autres que ceux consécutifs à la syphilis cérébrale.

M. Pailhas (d'Albi). — Une des question que pose à nouveau l'intéressant rapport de M. Anglade est de savoir si la manie et la mélancolie d'involution, tout comme d'autres manies et mélancolies à classer hors du cadre schizophrénique, doivent être, ou non, rangées à côté des psychoses périodiques des auteurs français, pour ne faire qu'une vaste entité dite, depuis Kræpelin, psychose maniaque dépressive.

Or, pour nous en tenir aux seules manie et mélancolie tardives, objets de la discussion présente, elles nous ont paru être de celles qui évoluent en une étroite dépendance de leurs causes occasionnelles, se déroulant après elles, modelant leur séméiologie sur elles, souvent finissant avec elles.

Et, dans ces conditions, la manie et la mélancolie, même quand il leur arrive de s'unir en des accès conjugués, se présentent comme des manifestations par-dessus tout accidentelles et d'une durée très particulièrement régie par la qualité et la quantité des facteurs occasionnels.

Mais tout autres sont la manie et la mélancolie véritablement périodiques où, bien au-dessus de ces facteurs occasionnels, intervient cet autre facteur permanent qu'est la grande Loi des rythmes périodiques, principe d'un inépuisable bio-dynamisme s'imposant à l'universalité des êtres, et si inhérent à la constitution humaine que, sans être contredit, Gilbert Ballet

pouvait affirmer, ou du mois laisser entendre que, à la différence des degrés, nous étions tous des périodiques.

Et dans les applications directes (1) de cette Loi à la psychopathologie de certains sujets plus prédisposés à ressentir et traduire les influences des rythmes que, pathogéniquement et séméiologiquement prévalent ces influences de manière à ce que leur soient indéfiniment subordonnées toutes autres influences ou causes, et que le rythme soit vraiment comme le grand pivot d'évolution de la psychose périodique ou de son diminutif, la cyclothymie.

Dès lors, toute psychose périodique, ainsi comprise, revêt des caractères que l'on ne saurait confondre avec les caractères d'autres états psychopathiques où, même quand la périodicité se montre, — où ne peut-elle pas se montrer ? — ce n'est que sous des aspects syndromiques imparfaits, irréguliers, plus ou moins asservis et accommodés à des syndromes d'autres sortes, ne jouant le plus souvent qu'un rôle accessoire, tels les rythmes excito-dépressifs de la démence schizophrénique, prenant parfois une relative importance, comme c'en est le cas pour la forme circulaire de la paralysie générale.

Et si la psychose périodique est vraiment telle, n'est-on pas fondé à dire que la manie et la mélancolie d'involution ne sont nullement de son cadre.

Quant à la psychose circulaire tardive, plutôt rare et à débuts souvent incertains, il semble que, lors même que la périodicité y occupe son rôle de premier plan, ce rôle n'est pas sans se ressentir des atteintes morbides de l'âge avancé et que, séméiologiquement, il faut s'attendre à ne plus retrouver, à cette phase de décadence de la vie, la franche allure des rythmes, amplement et régulièrement ordonnancés, et cette sorte de « pur style » qui si bien caractérise la structure des accès périodiques de la bonne époque, l'âge adulte.

M. Vermeylen (de Bruxelles). — Dans son excellent rapport, M. R. Anglade soulève, tout au long, un problème de nosologie. A cet égard, ses commentaires débordent largement

---

(1) Et non indirectes, ainsi qu'il arrive pour la psychose menstruelle où chaque accès maniaque ou mélancolique n'a de périodique que l'occasionnelle répercussion sur les centres psychiques d'une périodicité assurément très réelle mais spécialement attachée à une fonction autre que celle du psychisme.

le titre, car non seulement il ne s'occupe pas uniquement des psychoses périodiques, puisqu'il parle également de la paranoïa et de la confusion mentale, mais il dépasse également le thème des psychoses d'involution, puisqu'il nous parle des psychoses syphilitiques, des psychoses de la sclérose en plaques, etc.

En fait, le cas sur lesquels il s'appuie relèvent tous des psychoses symptomatiques se produisant sous l'action de l'involution ou de la senescence.

Elles ont tous les caractères de ces psychoses symptomatiques. Et tout d'abord, leur aspect accidentel, dépendant d'un événement qui survient à un moment donné, et qu'on peut tout au moins soupçonner si on ne le dépiste pas, comme c'est le plus souvent le cas, avec netteté.

Dans les psychoses envisagées, cet accident est toujours une atteinte organique primitive et, dans ces formes tardives citées par l'auteur, une atteinte organique d'involution. A cet égard, il peut être vain de faire une distinction entre les formes vésaniques et organiques, entre les formes où l'atteinte viscérale détermine secondairement un mauvais fonctionnement cérébral et celles où l'atteinte cérébrale est directe et détermine des signes neurologiques patents.

Ces psychoses tardives ont également le caractère de polymorphisme et d'atypie qui caractérise toutes les psychoses symptomatiques. C'est, bien entendu, l'atteinte organique qui déclanche la psychose. Mais l'orientation clinique de la psychose est certainement une résultante à la fois de ces causes évoquées, qui ont une certaine spécificité psychopathique et d'éléments endogènes, qui constituent la prédisposition constitutionnelle. C'est cette association qui enlève de sa pureté et de sa constance au type psychopathique et lui donne ce polymorphisme et cette évolution volontiers atypique qu'on a si souvent signalée.

Il nous reste une dernière remarque à faire. M. R. Anglade a fait, dans la description de ses psychoses symptomatiques tardives, une omission. Il n'a pas parlé du syndrome catatonique tardif. Pour rare qu'il soit, il n'est pourtant pas inexistant. Pétrin en a observé 24 cas, Schroder 16, dont 13 femmes et 3 hommes. En collaboration avec les Drs Nyssen et Samsen, j'en ai signalé 4 cas pris dans une population de 1.200 malades. Ils présentaient la symptomatologie typique de la catatonie : négativisme, mutisme intermittent, stéréotypies, flexibilité. Mais l'allure générale était atypique, entremêlée d'élé-

ments hétérogènes, notamment à teinte mélancolique, qui permettaient de les ranger parmi les psychoses symptomatiques. De plus, elles avaient été nettement déclanchées au cours de la période d'involution glandulaire qui, certainement, les commandait. Dans deux cas, il y avait une hérédité directe lourde, dans un autre cas, une hérédité psychopathique collatérale, ce qui montre l'intrication des éléments héréditaires et constitutionnels avec les éléments accidentiels dans ces formes symptomatiques.

DEUXIEME RAPPORT

RAPPORT DE NEUROLOGIE

ET

DISCUSSION

LES TUMEURS INTRA-MÉDULLAIRES

RAPPORT DE

M. Noël PERON

Ancien chef de clinique à la Faculté
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

LES TUMEURS INTRA-MÉDULLAIRES

Les progrès de la neuro-chirurgie constituent le fait prédominant de la neurologie d'après-guerre. La chirurgie médullaire n'était, avant la guerre, en France tout au moins, qu'une chirurgie d'exception. Depuis quelques années, elle est arrivée, entre les mains des neuro-chirurgiens à un remarquable degré de perfection, et la chirurgie des tumeurs médullaires donne actuellement d'excellents résultats : des malades, en l'absence d'intervention, voués à la paralysie et à la mort, sont totalement guéris par l'acte opératoire.

Mais il existe, en chirurgie médullaire, comme en chirurgie cérébrale d'ailleurs, deux variétés de tumeurs : certaines tumeurs essentiellement chirurgicales sont développées en dehors du tissu nerveux qu'elles compriment sans l'envahir. D'autres néoplasmes évoluent à l'intérieur même de la substance nerveuse. En matière de chirurgie cérébrale, on ne peut guère comparer les difficultés opératoires et les résultats obtenus par l'ablation des méningiomes, tumeurs locales extra-cérébrales et celle des gliomes, tumeurs infiltrantes diffuses, d'une extirpation difficile.

Pour la chirurgie médullaire la même distinction s'impose: les tumeurs extra-médullaires situées en dedans ou en dehors de la dure-mère constituent des formations plus ou moins localisées qui agissent sur la moelle et les racines comme des agents de compression. Même dans les cas de tumeur sous-durale à tendance maligne, la moelle comprimée, aplatie, refoulée, n'est pas le plus souvent envahie ; la pie-mère la protège dans une certaine mesure contre l'infiltration néoplasique.

Par contre, le développement d'une tumeur à l'intérieur de la moelle a toujours été considéré comme un élément de haute gravité. Les tumeurs intra-médullaires, quoique moins

fréquentes que les tumeurs extra-médullaires, constituent des néoplasmes d'un type spécial, du fait de leur nature, de leur siège et des désordres anatomiques qu'elles engendrent. Ce sont des tumeurs assez *diffuses, infiltrantes, mal délimitées ;* elles entraînent des lésions de voisinage toujours considérables. La tumeur intra-médullaire siège au centre d'un organe allongé, de faible surface de section, contenant de très nombreux éléments anatomiques : centres et conducteurs. Les centres sont constitués surtout par les éléments moteurs de la corne antérieure. Les conducteurs sont les faisceaux blancs groupés en voies longues et courtes, motrices, sensitives, cérébelleuses.

Le *niveau* de la tumeur est également capital : à l'inverse des tumeurs extra-médullaires qui siègent, avec une fréquence à peu près continue, sur toute la hauteur de la moelle, les tumeurs intra-médullaires, dans plus de la moitié des cas, occupent la région cervicale ou les premiers segments dorsaux.

Les tumeurs intra-médullaires déterminent souvent des lésions destructives graves de voisinage : lésions de nécrose médullaire, formation de cavités centro-médullaires. Des processus d'oblitération vasculaire sont extrêmement fréquents et modifient, en l'aggravant, la symptomatologie.

Enfin, le *diagnostic* de tumeur intra-médullaire soulève des problèmes délicats, La différenciation est souvent difficile avec une myélite, une sclérose en plaques, une syringomyélie, une compression de toute autre nature. Le retard dans le diagnostic qui peut en résulter fera différer l'acte opératoire ; plus encore peut-être que dans tout autre domaine de neurochirurgie, le diagnostic précoce est une des conditions essentielles des succès opératoires.

⁂

Dans ce rapport nous voudrions simplement grouper et rappeler la symptomatologie des tumeurs intra-médullaires, en fixer les caractères et en faciliter le diagnostic à l'aide des méthodes récentes.

Il s'agit d'un chapitre de neurologie et de neuro-chirurgie relativement nouveau : les résultats obtenus ne sont pas encore très favorables, la meilleure connaissance de tels faits permettra, à l'avenir, de meilleurs résultats opératoires.

Qu'il nous soit permis de signaler, au début de ce rapport,

parmi les travaux récents, les communications à la Société de Neurologie de Paris, où ont été présentées la plupart des observations françaises. Elsberg, dans un livre remarquable, a publié les résultats de sa grande expérience. Enfin, nous nous sommes reportés, à diverses reprises, au travail récent de Jonesco-Sisesti (*Thèse de Paris,* 1930), travail considérable sur les tumeurs médullaires avec processus syringomyélique. Ce travail, fait à la clinique des malades de système nerveux sous l'inspiration du Professeur Guillain, contient une bibliographie étendue.

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'assurer M. le Professeur Georges Guillain de notre respectueuse reconnaissance ; grâce à sa bienveillance, nous avons pu réunir, dans son service de la Salpêtrière, les éléments de ce rapport.

⁂

L'histoire des tumeurs intra-médullaires a été longtemps purement anatomique : à côté de formations spécifiques (tubercules), la plupart des faits concernent des tumeurs plus ou moins infiltrantes, souvent associées à des cavités intra-médullaires d'aspect syringomyélique.

Avec les progrès de la séméiologie, l'existence de tumeurs intra-médullaires a été suspectée et les interventions ont, avant la guere, fait connaitre la possibilité d'aborder et de traiter de telles néoplasies : Krause, von Eiselsberg ont rapporté des interventions avec les succès plus ou moins heureux. Elsberg, en 1910, rapporte une première observation avec succès opératoire et guérison.

De Martel, dès 1912, enlève en France la première tumeur intra-médullaire. Depuis la guerre, de nombreuses observations étrangères viennent s'ajouter aux tentatives initiales : Elsberg, en 1924, en rapporte treize cas personnels. En France, les observations anatomiques se multiplient et les résultats opératoires sont plus favorables. Sicard et Robineau, Sorrel, de Martel et Dereux, Christophe rapportent des succès opératoires avec amélioration et même guérison.

⁂

La *fréquence* des tumeurs intra-médullaires par rapport aux autres tumeurs rachidiennes est faible : suivant les

divers auteurs, la proportion varie entre 28 0/0 (Flateau) et 14 0/0 (Elsberg). Il nous semble que ce dernier chiffre se rapproche plus de la réalité, étant donné la fréquence de plus en plus grande des tumeurs extra-médullaires diagnostiquées et reconnues à l'intervention.

Quant au *siège* de la tumeur, si l'on relève les observations publiées, on constate la fréquence en leur siège, dans la *région cervicale basse.* Dans la statistique d'Elsberg, sept tumeurs siègent en C5-C8, deux dans les trois premiers segments dorsaux, une dans la région cervicale haute, deux occupent la région dorsale moyenne, une la région dorsale inférieure.

En dépouillant un certain nombre d'observations récentes, nous trouvons 14 tumeurs dans la région cervico-dorsale (au-dessus du 2e segment dorsal), pour 5 plus bas situées : de ces cinq, quatre répondent à la partie inférieure de la colonne dorsale et au renflement lombaire.

Age du malade. — Les tumeurs intra-médullaires se voient surtout chez l'adulte jeune ; la plupart des malades sont âgés de 20 à 40 ans. Boutier, Sorrel ont observé des cas chez des adolescents de 14 ans.

Le sexe ne paraît pas jouer un rôle très important ; elles paraissent cependant plus fréquentes chez l'homme.

⁂

Dans notre rapport, nous envisagerons, tout d'abord au point de vue clinique, étant donné sa fréquence, le syndrome cervical des tumeurs intra-médullaires.

LE SYNDROME CERVICAL DES TUMEURS INTRA-MÉDULLAIRES

C'est là le tableau le mieux caractérisé, aussi peut-on le prendre comme type de description :

Modes de début. — *Les phénomènes douloureux.* — Ils marquent le plus souvent le début des accidents, mais ils n'ont ni la constance, ni l'intensité des troubles douloureux des tumeurs extra-médullaires : ce sont, en général, des manifestations d'engourdissement ou de raideur dans la nuque ; la

mobilisation du cou et du rachis est pénible ; l'irradiation des douleurs se fait vers la base du cou et les membres supérieurs, le sujet a des fourmillements dans la main et les doigts, rarement les douleurs ont un caractère pénible à note radiculaire ; parfois, les malades n'accusent aucun phénomène douloureux ; un malade opéré par Elsberg n'a jamais souffert pendant toute l'évolution de la maladie.

Les phénomènes de déficit moteur dans le membre supérieur sont beaucoup plus fréquents et caractéristiques. Les malades remarquent une diminution de la force des mains, des bras, des épaules ; ce sont les mouvements qui intéressent la racine du membre et de grande amplitude qui peuvent être atteints. Souvent, c'est une maladresse dans les doigts qui gêne les actes usuels. Les manifestations sont unilatérales et localisées à une seule main. En règle générale, les phénomènes de déficit des membres supérieurs s'accompagnent d'atrophie musculaire précoce.

Dans quelques rares observations les malades accusent une maladresse spéciale des membres supérieurs d'aspect ataxique : en réalité, il s'agit de phénomènes cérébelleux précoces, comme l'ont démontré récemment Guillain, Bertrand et Garcin en décrivant la forme cérébello-spasmodique des tumeurs médullaires.

La paraplégie est en général plus tardive ; elle revêt, au début, les caractères d'une paraplégie spasmodique légère ; le sujet accuse de la faiblesse des membres inférieurs dans la course, dans la marche. Il détache difficilement les pieds au-dessus du sol : il a le plus souvent une spasmodicité modérée, mais suffisante pour entraver la marche. L'évolution est lente : elle intéresse généralement, de façon simultanée, les deux membres inférieurs : l'atteinte unilatérale, réalisant un syndrome de Brown-Séquard, est considérée par Elsberg comme exceptionnelle, Roussy, Jacques de Massary et Kyriaco l'ont signalé.

Les troubles sphinctériens sont fréquents : la rétention vésicale et la constipation sont souvent précoces.

Les troubles trophiques à cette période sont exceptionnels : *l'escarre* est le seul accident observé ; elle est généralement plus tardive : Mme Déjerine et Jumentié ont signalé dans leur cas des escarres précoces qui se sont ultérieurement cicatrisées. Il n'est jamais noté dans aucune observation d'autres troubles trophiques, ni panaris du type Morvan, ni

arthropathies, ni fractures spontanées ; de tels troubles ne se voient pas dans l'évolution des tumeurs intra-médullaires et nous verrons toute l'importance de tels faits quand nous envisagerons les rapports des tumeurs intra-médullaires avec la syringomyélie.

Tels sont les phénomènes de début des tumeurs intra-médullaires : troubles sensitifs subjectifs, souvent discrets, à siège cervico-brachial ; paralysie atrophique des membres supérieurs, paraplégie modérément spasmodique avec troubles sphinctériens.

La durée de ces phénomènes prémonitoires est variable, mais elle est en général relativement courte : de quelques semaines à 1 an. Dans la forme à évolution lente, le chiffre de 2 à 3 ans a été signalé. Elsberg, dans ses observations, note des durées de 6 mois à 3 ans. L'observation de Crouzon, Bertrand et Pollaco peut être considérée comme exceptionnellement prolongée. Roussy, de Massary et Kyriaco notent une période de quasi-latence pendant huit ans.

Un fait est à noter dans l'évolution : c'est la possibilité de rémissions avec amélioration des phénomènes initiaux. Jonesco-Sisesti insiste à juste titre sur ces fluctuations initiales dans la symptomatologie : il les attribue à l'œdème médullaire et aux processus vasculaires qui l'accompagnent. Nous verrons d'ailleurs que dans quelques observations, la simple laminectomie décompressive a provoqué une régression importante de manifestations.

Période d'état : Elle est caractérisée essentiellement par l'importance des troubles moteurs : c'est une quadriplégie : la paralysie a tous les caractères d'une paralysie atrophique aux membres supérieurs, d'une paraplégie par compression aux membres inférieurs.

Paralysie atrophique des membres supérieurs. — La paralysie atrophique est souvent très caractérisée : elle intéresse les muscles des membres supérieurs, en particulier ceux de la racine : muscles périscapulaires, deltoïdes, pectoraux et biceps. Les masses musculaires sont diminuées, les omoplates peuvent être décollées. Les muscles de l'avant-bras et les muscles de la main sont, en général, moins atteints. La griffe des doigts a été signalée. Les épaules sont projetées en avant, l'épreuve du balancement montre une hypotonie accentuée. L'atteinte est le plus souvent symétrique. Les secousses fasciculaires

sont signalées dans quelques observations, mais le fait est loin d'être constant.

Si l'atrophie des membres supérieurs s'accompagne d'une atteinte des muscles périthoraciques et périvertébraux, le malade se présente quelquefois avec un aspect de myopathique : Boutier, Bertrand et Pierre Mathieu, nous-mêmes, dans une observation, vérifiée opératoirement, avons constaté cet aspect pseudo-myopathique. Les perturbations pyramidales et sensitives permettent aisément le diagnostic.

Paralysie spasmodique des membres inférieurs. — La paraplégie est, en général, modérément spasmodique : c'est là un caractère important ; la diminution de la force segmentaire est généralement marquée. Les signes de spasmodicité sont, en général, peu intenses, et permettent longtemps la marche. Rarement rencontre-t-on le type hyperspasmodique de Foix. En général, la contracture est faible ou nulle au repos ; elle apparaît à l'occasion du mouvement volontaire et de l'effort.

Dans certaines observations (Roussy, de Massary et Kyriaco), l'aspect est celui d'une paraplégie flasque, seul l'état des réflexes permet d'affirmer le caractère spasmodique de l'atteinte médullaire.

Les troubles, d'ailleurs, peuvent être asymétriques, et on constate des phénomènes de déficit moteur unilatéral qui, associés à des troubles sensitifs croisés, peuvent réaliser un syndrome de Brown-Séquard, souvent très atypique. Roussy, de Massary et Kyriaco ont rapporté une belle observation de double syndrome de Brown-Séquard par gliome intra-médullaire.

Etat des réflexes. Réflexes tendineux. — En règle générale, dans les zones non frappées d'atrophie, les réflexes tendineux sont exagérés : les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs et polycinétiques. Il existe du clonus du pied bilatéral.

Aux membres supérieurs, l'état des réflexes tendineux est variable : avant la période d'atrophie, ils peuvent être normaux ou exagérés. Plus tard, les réflexes tendineux sont diminués et souvent abolis ; on a signalé l'inversion du réflexe tricipital. L'asymétrie, dans ces modifications des réflexes, est assez fréquente, la variabilité n'est pas, non plus, exceptionnelle.

Les *réflexes cutanés* sont fréquemment perturbés : le réflexe cutané plantaire se fait habituellement en extension : le signe de Babinski peut être uni ou bilatéral. Il existe quelquefois une

variabilité dans la réponse des orteils. La flexion, puis l'extension, puis, de nouveau, la flexion ont été signalées ; ces modifications sont vraisemblablement dues à des phénomènes congestifs ou œdémateux, dans les faisceaux pyramidaux, au voisinage de la tumeur.

Le réflexe cutané abdominal est très fréquemment aboli.

Le réflexe crémastérien paraît plus habituellement conservé.

Automatisme médullaire. — On sait, depuis les travaux de Babinski, toute l'importance de l'automatisme médullaire dans les compressions. Babinski, Pierre Marie et Foix, ont insisté sur la valeur localisatrice qu'offre l'étude de tels réflexes, pour délimiter la limite inférieure d'une compression. En cas de tumeur cervicale, l'étude de l'automatisme médullaire est plus délicate, et si le néoplasme est intra-médullaire, la diffusion relative du processus ne déclenche pas fréquemment des réflexes de défense nets. En règle générale, on constate des symptômes d'automatisme médullaire, dont la topographie répond aux symptômes paraplégiques, la zone réflexogène peut remonter au-dessus du pli de l'aine et sur les parois abdominales et thoraciques. Dans une observation de Boutier, Ivan Bertrand et P. Mathieu, l'automatisme médullaire était net au niveau des membres supérieurs : le fait est exceptionnel.

L'étude de l'automatisme médullaire, comme nous le verrons au chapitre suivant, est surtout importante dans les tumeurs intra-médullaires plus bas situées.

Les troubles sensitifs subjectifs. — A la période d'état, ils ne diffèrent guère de ceux de la période de début : souvent ils s'atténuent avec l'évolution de la tumeur. Dans certaines observations, ils peuvent disparaître presque complètement : cette suppression brusque des douleurs traduit un processus myélitique et elle s'accompagne d'une aggravation de la paraplégie, elle doit être considérée comme de très mauvais augure. Le syndrome subjectif est habituellement assez atténué ; les douleurs perdent en acuité ce qu'elles gagnent en diffusion. Le malade accuse des fourmillements, des crampes, des brûlures. Leur topographie est variable : elles prédominent au niveau de la compression, dans le cou, dans les membres supérieurs, elles peuvent irradier dans les membres inférieurs.

Les troubles sensitifs objectifs ont une importance capitale : suivant le siège de la lésion, on peut observer des syndromes

sensitifs à topographie radiculaire ou à topographie plus diffuse, des syndromes sensitifs *dissociés* et des syndromes sensitifs *globaux*.

Les troubles sensitifs objectifs ont une valeur considérable pour localiser une compression médullaire. Dans les tumeurs intra-médullaires, leur importance, comme leur complexité, méritent une étude approfondie.

Troubles radiculaires. — Il existe quelquefois à la partie supérieure de la compression, soit une zone d'hyperesthésie en bande, soit une zone d'anesthésie à topographie nettement radiculaire. En règle générale, dans ce cas, la limite supérieure n'est pas nettement tracée et il existe des zones intermédiaires où peuvent être décelés des troubles discrets de la sensibilité : cette imprécision est un fait fréquemment noté dans une compression intra-médullaire. Ces troubles radiculaires peuvent être unis ou bilatéraux. Ils se confondent, en général, de façon assez rapide, avec des troubles sensitifs beaucoup plus accentués.

Troubles sensitifs dissociés. — Ils sont, théoriquement, beaucoup plus importants : ils existent, en général, en cas de tumeur intra-médullaire, à une certaine période de l'évolution, mais souvent le malade est vu plus tardivement. Dans les cas typiques, la dissociation dite syringomyélite est notée : elle relève d'une atteinte des voies courtes de la sensibilité (thermique et douloureuse), et à l'intégrité des voies longues (tactiles et profondes).

La dissociation sensitive intéresse le cou, les membres inférieurs et la région thoracique : la sensibilité thermique est souvent touchée très précocement : la chaleur est perçue comme tact. Plus tard, la sensibilité douloureuse est atteinte à son tour, et la piqûre est perçue comme un simple contact. Les troubles peuvent être unis ou bilatéraux ; la dissociation peut avoir une topographie régulière ; il peut exister des zones où la sensibilité à tous les modes est conservée.

Les *syndromes sensitifs globaux* sont habituellement notés lorsque la tumeur, en évoluant, a détruit la moelle plus profondément : l'anesthésie est alors complète au-dessous de la compression : le tact est atteint, les sensibilités profondes (sens des attitudes, sensibilité vibratoire) sont totalement abolies. Souvent ces troubles sensitifs, malgré leur intensité, respectent les zones médullaires inférieures : la zone sensi-

tive du plexus lombaire et du plexus sacré peut être respectée. Elsberg, dans ces cas, a noté que l'on pouvait retrouver, au-dessous de la zone d'anesthésie globale, une zone inférieure d'anesthésie dissociée.

En règle générale, l'importance des troubles sensitifs objectifs traduit la souffrance plus ou moins marquée de la moelle. Les troubles sont habituellement bilatéraux.

L'étude des sensibilités montre, en général, que les troubles sensitifs prédominent dans les zones voisines de la tumeur, c'est-à-dire dans le domaine cervical brachial et thoracique supérieur ; si les troubles sont peu accentués, la dissociation syringomyélique peut exister. Très rapidement, les troubles sont globaux.

Si ces troubles sensitifs globaux s'étendent à toute la zone cutanée au-dessous de la compression, on doit craindre une atteinte médullaire profonde de pronostic sévère.

Douleurs à la pression rachidienne. — La sensibilité des apophyses épineuses à la pression peut exister en cas de tumeur intra-médullaire soulevant un diagnostic délicat avec le mal de Pott. Elsberg l'a noté une fois sur 13 cas.

Troubles sphinctériens. — Ils n'ont pas de caractères particuliers et dépendent de l'intensité de la paraplégie.

Troubles sympathiques. — L'étude des troubles sympathiques est particulièrement intéressante en cas de tumeur intra-médullaire haut située dans la moelle. André Thomas a insisté sur les deux variétés de réflexe pilo-moteur : le réflexe supérieur, d'origine encéphalitique, le réflexe inférieur, d'origine spinal. Dans l'observation de Mme Déjerine et Jumentié, où la lésion prédominait, sur le 2e segment dorsal, l'excitation cervicale (réflexe encéphalique) ne provoquait aucune réaction sur l'abdomen et les membres inférieurs. La recherche du réflexe spinal réveillait la pilo-motricité des membres inférieurs de l'abdomen et des membres supérieurs, une excitation prolongée permettait même de déclancher le réflexe pilo-moteur sur le cou et les joues. De plus nombreux examens permettront d'apprécier plus complètement l'importance de l'étude des réflexes pilo-moteurs en cas de tumeur intra-médullaire.

Les troubles vaso-moteurs sont fréquents : la rougeur par plaque, la moiteur, la sudation, ont été signalés.

Le syndrome de Claude Bernard-Horner est, par contre, tout à fait exceptionnel.

Troubles trophiques. — L'absence de troubles trophiques (à part l'escharre sacrée) est à signaler : jamais d'arthropathie, jamais de fracture spontanée, jamais de panaris analgésique de type Morvan.

Symptômes accessoires. — Dans le syndrome *cervical* des tumeurs intra-médullaires, on doit signaler :

L'existence possible de troubles cérébelleux : ils ont été bien étudiés récemment par Guillain, Bertrand et Garcin, sous le nom de forme cérébello-spasmodique des tumeurs de la moelle cervicale haute ; il y a des troubles de la démarche, de la tendance à la latéro-pulsion : Elsberg a signalé dans 2 observations l'existence de nystagmus.

L'existence de troubles dans le domaine de trijumeau : l'anesthésie du trijumeau peut être notée en cas de tumeur haut située envahissant le bulbe et détruisant la racine descendante de la cinquième paire.

Les troubles bulbaires peuvent souvent exister à la période terminale de l'affection, la partie inférieure du bulbe est facilement envahie par la tumeur ; les troubles respiratoires surviennent soit par crises de dyspnée paroxystique, soit de façon continue, et les malades succombent par syncope. Les troubles de la déglutition, de la phonation, ont été observés. L'existence d'un syndrome bulbaire dans les tumeurs intra-médullaires hautes est du plus mauvais pronostic.

Nous verrons ultérieurement, au chapitre du diagnostic, l'intérêt des recherches biologiques complémentaires (étude du liquide céphalo-rachidien, épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien).

LE SYNDROME DORSAL INFÉRIEUR ET LOMBO-SACRE DES TUMEURS INTRA-MÉDULLAIRES

Les tumeurs intra-médullaires inférieures sont beaucoup moins fréquentes. Elles siègent, en général, au-dessous du huitième segment dorsal et correspondent au renflement lombaire de la moelle. Elles réalisent un syndrome extrêmement différent du syndrome cervical (observations de de Martel et Vincent, de Marinesco et Draganesco, de Babinski et Jarkowski, de Sicard et Robineau, de Leriche, Barré et Draga-

nesco, de Guillain, Bertrand et Péron, enfin celles de Elsberg (3 cas).

Mode de début. — Le mode de début se fait par des manifestations douloureuses, à type de lumbago et de sciatique.

Les troubles moteurs sont précoces : ils se caractérisent par une atteinte crurale, unilatérale, des troubles sphinctériens, des troubles sensitifs objectifs. Les troubles sont strictement localisés dans la zone sous-ombilicale.

A la période d'état, la *paralysie* est généralement accentuée. Elle est souvent unilatérale et prédomine à l'un des membres inférieurs, la force segmentaire est diminuée, l'atrophie musculaire accentuée.

L'état des réflexes tendineux varie suivant l'atteinte plus ou moins profonde du renflement lombaire : il paraît exister une exagération de la réflectivité tendineuse. Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés, l'extension de l'orteil est unie ou bilatérale.

Si la tumeur siège plus bas, les réflexes du domaine lombaire et sacré peuvent être abolis. Souvent il y a une différence marquée entre les réflexes des 2 côtés (Babinski et Jarkowski).

Les réflexes d'automatisme médullaire ont ici une haute valeur localisatrice : en règle générale, ils sont peu intenses ; dans les formes typiques, la limite supérieure des réflexes d'automatisme est très voisine de la limite supérieure de la zone d'anesthésie. C'est là un fait important en faveur d'une affection intra-médullaire, Foix a même signalé un cas où la limite supérieure des réflexes de défense était au-dessus de la limite des troubles sensitifs.

Babinski et Jarkowski ont insisté sur l'existence, dans leur observation, d'une contracture hypertonique très particulière.

Des phénomènes d'automatisme viscéral ont été signalés par Danielopoulo, Radovici et Carniol.

Les troubles sensitifs sont, en général, accentués et rappellent ceux de toute compression médullaire ; la dissociation syringomyélique est moins nette, si elle existe. En règle générale, ils sont plus marqués du côté où siège l'atteinte motrice prédominante.

Les troubles *trophiques* sont très importants ; l'escharre est un élément grave de pronostic : nous avons vu, dans un cas personnel se développer en quelques jours, malgré tous les soins, une escharre énorme, entraînant des accidents rapides d'infection et la mort.

La forme dorsale des tumeurs intra-médullaires se rapproche cliniquement de toute compression de la moelle à ce niveau : le diagnostic du caractère intra-médullaire ne pourra être soupçonné que s'il existe des troubles sensitifs dissociés ou à la topographie anormale. Ce ne seront guère que les épreuves biologiques qui permettront de penser au siège intra-médullaire de la compression.

La forme généralisée des tumeurs intra-médullaires est exceptionnelle : dans l'observation de Georges Guillain, Schmite et Bertrand, la symptomatologie fut faite de douleurs rachidiennes, de troubles spasmodiques et cérébelleux, de troubles sensitifs tardifs, joints à une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et à une image festonnée du lipiodol. L'évolution en quelques mois caractérise la gravité de cette forme d'ailleurs exceptionnelle.

⁂

L'évolution des tumeurs intra-médullaires est rapide et grave, et la mort survient en l'absence de traitement, 2 à 3 ans au plus après le début des accidents. Cette évolution, essentiellement maligne, s'explique par le caractère anatomique habituel des tumeurs intra-médullaires, qui sont le plus souvent des gliomes.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs intra-médullaires peuvent être de 4 types.

On peut envisager, comme tumeur intra-médullaire, quatre ordres de néoplasmes : *le tubercule ; la gomme ; la tumeur, faite du tissu nerveux, le gliome* et les *tumeurs de nature complexe* voisine des tératomes.

Le *tubercule*, longtemps considéré comme la plus fréquente des tumeurs intra-médullaires, n'est que de façon très rare diagnostiqué dans la vie : il peut cependant donner des symptômes de néoplasies intra-médullaires ; Elsberg, sur 22 cas opérés, a rencontré un tubercule. C'est, en général, à l'autopsie que le tubercule est reconnu : c'est, en général, une manifestation tuberculeuse secondaire chez un sujet atteint soit de tuberculose viscérale, soit de mal de Pott. La tumeur peut être unique, elle siège, de préférence, au niveau des renflements cervicaux et lombaires : les tubercules multiples ont été

observés ; souvent le tubercule est associé à des lésions méningées (pachyméningite caséeuse ou ostéite du voisinage). Son volume est variable, jusqu'à celui d'une olive. D'après les travaux modernes, c'est une des plus rares, parmi les tumeurs intra-médullaires, que l'on pourra diagnostiquer et adresser au chirurgien.

La *gomme intra-médullaire* est également une formation extrêmement rare. Elle ne diffère pas anatomiquement des autres lésions gommeuses du système nerveux central.

Les *tumeurs d'origine nerveuse* sont actuellement beaucoup plus souvent reconnues qu'autrefois et constituent véritablement la forme anatomique habituelle des tumeurs intra-médullaires. Ces tumeurs se rapprochent toutes plus ou moins, au point de vue structure du *gliome*. Des différences histologiques importantes ont permis de les classer, suivant leur morphologie cellulaire, en différents groupes.

Macroscopiquement, leurs caractères sont voisins. — En règle générale, la tumeur augmente le volume de la moelle sans faire saillie à l'extérieur, d'où un aspect en fuseau tout à fait caractéristique: cette déformation peut s'étendre sur une plus ou moins grande hauteur. A la surface de la moelle, on rencontre de nombreux vaisseaux dilatés (aspect angiomateux).

Plus rarement, la tumeur fait une saillie appréciable à l'extérieur de la moelle, sous forme d'un bourgeon plus ou moins saillant extérieurement. Cette tendance à l'extérioration de la tumeur se voit après la laminectomie décompressive.

A la coupe, les tumeurs sont en général constituées *par un noyau principal* plus ou moins allongé, formant la tumeur proprement dite, c'est l'élément chirurgical souvent limité par des zones clivables, et que l'on peut isoler du tissu voisin. C'est, en général, à l'extirpation de ce noyau central que doit tendre l'effort du chirurgien.

Des prolongements supérieurs et inférieurs, non constants d'ailleurs, de nature névroglique, prolongent la tumeur principale et remontent plus ou moins vers le haut, et, en cas de tumeur cervicale, jusqu'au bulbe. Ces prolongements du gliome sont souvent accompagnés de *cavités* creusées à l'intérieur de la moelle : ces cavités secondaires, d'aspect syringomyélique, sont longuement étudiées par N. Jonesco-Sisesti dans sa thèse.

Des hémorragies fréquentes sont perceptibles au voisinage de la cavité.

Le tissu médullaire lui-même est fortement refoulé par la tumeur, et quelquefois difficile à différencier de la tumeur elle-même. Sur les pièces d'autopsie, l'étude de la moelle peut être faite par les méthodes habituelles.

Histologiquement, nous ne ferons que signaler les divisions nombreuses que la plupart des auteurs proposent pour caractériser de telles tumeurs ; nous penserons, avec Jonesco, que deux types principaux peuvent être envisagés :

Les fibrogliomes, les plus fréquents, les plus localisés, et, de ce fait, les plus chirurgicales des tumeurs intra-médullaires.

Les ependymogliomes, qui présentent une structure pseudo-glandulaire.

Les tumeurs complexes, souvent kystiques, se rapprochant des tératomes (kyste épidermoïde cholesteatomateux de Marinesco et Draganesco), tumeur kystique de Barré, Leriche et Draganesco.

Formes généralisées : Dans l'observation de Georges Guillain, Schmite et Bertrand, la tumeur principale occupait la moelle dorsale ; c'était, à ce niveau, un gliome à prédominance fibrillaire, soumis à une fonte rapide et ayant un aspect caverneux. Au-dessus et au-dessous de cette tumeur principale existait une importante prolifération épendymaire, avec gliose concomitante. Ce processus, disent les auteurs, est nettement distinct de celui de la syringomyélie habituelle.

Formes associées : L'association de gliomatose simultanée, à la fois intra et extra-médullaire, a été observée. C'est une association exceptionnelle, mais d'un intérêt anatomique certain (Bériel, Guillain, Bertrand et Péron).

DIAGNOSTIC DES TUMEURS INTRA-MÉDULLAIRES

Le diagnostic des tumeurs intra-médullaires nécessite la mise en œuvre des recherches biologiques habituelles, pour préciser l'existence et la nature d'une compression médullaire. Nous envisagerons l'étude du liquide céphalo-rachidien ; les épreuves manométriques, l'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien.

Le liquide céphalo-rachidien. — Les modifications du liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs intra-médullaires

sont comparables à celles qui peuvent être observées dans toute compression médullaire, lorsqu'un obstacle bloque les espaces sous-arachnoïdiens inférieurs et les isole. On observe fréquemment des modifications importantes du liquide céphalo-rachidien ; la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien de Sicard et Foix est habituelle. Souvent même, le liquide obtenu par ponction lombaire est xanthochromique et coagule spontanément (syndrome de Froin). Dans le cas de tumeurs intra-médullaires, les modifications du liquide céphalo-rachidien sont souvent très intenses : 2 facteurs peuvent les expliquer : c'est d'abord l'existence d'un blocage souvent total, du fait du siège central de la compression ; c'est surtout le caractère même de la tumeur qui est volumineuse, fortement vasculaire et sujette à des réactions hémorragiques discrètes qui modifient profondément le liquide céphalo-rachidien.

Le liquide peut être clair, mais il est assez souvent coloré en jaune plus ou moins foncé, et présente alors presque constamment le syndrome de Froin.

L'augmentation de l'albumine est de beaucoup l'élément le plus important du syndrome. Les taux supérieurs à un gramme, chiffre déjà considérable, sont habituels.

La réaction de Pandy est fortement positive, la réaction de Weichbrodt est légèrement positive.

La cytologie confirme l'absence habituelle d'éléments leucocytaires et l'existence d'une dissociation albumino-cytologique bien accentuée : cependant, dans quelques observations, signalées surtout par Elsberg, le taux des leucocytes est assez élevé : 15, 20 et même 30 éléments, chiffre qui paraît fort, pris isolément, mais proportionnellement encore faible, par rapport à l'hyperalbuminose. Peut-être cette leucocytose légère est-elle la signature de petites hémorragies occultes ayant entraîné, par la suite, une légère leucocytose réactionnelle.

Les réactions biologiques à étudier sont la réaction de Bordet-Wassermann et les réactions colloïdales.

La réaction de Bordet-Wassermann est habituellement négative dans le liquide. Chez la malade de Guillain, Schmite et Bertrand, elle était partiellement positive dans le liquide céphalo-rachidien, positive dans le sang, le traitement spécifique fut sans action ; les lésions anatomiques ne permirent pas d'incriminer la syphilis, et ce cas unique peut relever d'une simple coïncidence.

Les réactions colloïdales présentent des modifications en rapport avec l'augmentation plus ou moins considérable du taux de l'albumine. La réaction du benjoin colloïdal de Guillain, Laroche et Léchelle, montre tantôt une précipitation étendue dans la zone médiane sur 5 ou 6 tubes (exemple : 00000.22222.00000), tantôt une précipitation en 2 zones, une à droite, une à gauche, séparées par une zone normale (exemple : 22222.20002.22000). La réaction, d'ailleurs, n'a de valeur que si on la pratique sur un liquide clair.

Tension du liquide céphalo-rachidien et épreuves manométriques. — L'étude de la tension du liquide céphalo-rachidien, si heureusement généralisée en clinique par Henri Claude, trouve ici un gros intérêt : la tension initiale du liquide céphalo-rachidien n'est pas extrêmement élevée. Jonesco-Sisesti insiste sur la fréquence d'une tension rachidienne normale, contrastant avec la dissociation albumino-cytologique. Si la pression est élevée, elle tombe rapidement, après soustraction d'une faible quantité de liquide céphalo-rachidien.

Les épreuves de Queckenstedt, modifiées par Stookey, sont particulièrement importantes : elles permettent d'affirmer la compression ; dans les tumeurs intra-médullaires, elles ont une aussi grande importance que dans toute autre forme de compresssion : elles sont particulièrement précieuses, en cas de blocage partiel, surtout lorsque l'épreuve lipiodolée montre un transit normal. En cas de blocage complet, la compression jugulaire n'entraîne aucune modification de la pression au niveau du cul-de-sac lombaire. Dans le cas de blocage partiel, on peut aisément constater un retard dans l'augmentation de pression, provoqué par la compression jugulaire.

Les épreuves manométriques essentiellement cliniques peuvent être aisément pratiquées au lit du malade, à l'occasion de la ponction lombaire, grâce à l'excellent outillage de Clovis Vincent.

⁂

L'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien est très importante : l'épreuve sera faite par ponction sous-occipitale, ou, si l'on peut disposer d'une table basculante, par ponction lombaire. L'injection de lipiodol à la grande citerne n'offre pas de difficultés techniques particulières, et permet peut-être une meilleure interprétation des clichés.

Trois éventualités peuvent se présenter :

1° *Le lipiodol peut être arrêté,* de façon totale et complète, par une tumeur intra-médullaire. C'est un arrêt franc et net, la partie supérieure de la tumeur répondant au point d'arrêt. Dans ce cas, les jours suivants, l'huile opaque peut filtrer, par cheminement latéral, vers le cul-de-sac sacré.

2° *Le lipiodol peut passer* sans arrêt apparent : le fait a été signalé et tient probablement à des dispositions anatomiques spéciales (faible volume de la tumeur, largeur du canal rachidien au niveau de la compression).

3° *Le lipiodol dessine* une image caractéristique, bien décrite par Sicard et ses élèves Laplane et Hagueneau : c'est *l'aspect festonné de l'image lipiodolée ;* l'huile opaque se sépare en deux traînées parallèles, de chaque côté de la tumeur, et présente une série de ponctuations en grains de chapelets, au niveau de l'émergence des racines : il en résulte une véritable image centrale, lacunaire, qui correspond à la tumeur. L'aspect festonné peut n'être que temporaire, d'où la nécessité de pratiquer, après l'injection du lipiodol, plusieurs examens rapprochés ; une telle image, lorsqu'elle existe, constitue un élément de haute valeur en faveur du diagnostic de tumeur intra-médullaire. Sicard, sur ce seul aspect, a pu faire opérer deux malades.

⁂

Tels sont les éléments, d'ordre clinique et biologique, sur lesquels devra être étayé le diagnostic de tumeur intra-médullaire. Nous étudierons leur diagnostic différentiel avec des différentes affections de la moelle, dont nous retiendrons surtout :

La sclérose en plaques et les myélites ; les compressions d'origine extra-médullaire ; la syringomyélie.

La sclérose en plaques et les myélites. — En règle générale, le diagnostic avec la sclérose en plaques est aisé, l'erreur ne peut être commise que pour certaines tumeurs intra-médullaires haut situées, s'accompagnant de symptômes cérébelleux. Georges Guillain et ses collaborateurs ont récemment insisté sur ces formes cérébello-spasmodiques de néoplasme médullaire : les caractères de la paralysie avec

atrophie, les troubles sensitifs, les modifications liquidiennes, permettront d'affirmer le néoplasme.

Certaines *myélites* progressives peuvent simuler un tableau de compression : ce sont les myélites à forme pseudo-tumorale, sur lesquelles Alajouanine et Girot ont récemment insisté : dans ces cas, il existe des symptômes de souffrance médullaire avec signes d'automatisme médullaire : l'évolution s'est faite lentement. Les troubles sensitifs se rapprochent plutôt de ceux observés dans les compressions extra-médullaires ; les épreuves biologiques mises en œuvre faciliteront le diagnostic.

La myélite nécrotique subaiguë de Foix et Alajouanine, affection rare, peut très bien simuler une tumeur intra-médullaire basse, de la région lombaire, en particulier ; elle se caractérise par une paraplégie amyotrophique à forme ascendante, avec troubles sensitifs associés, par une dissociation albumino-cythologique du liquide céphalo-rachidien, par une évolution ascendante.

L'évolution ascendante des phénomènes paraplégiques, l'importance de leur étendue par rapport à l'amyotrophie, serait pour Foix et Alajouanine un élément important, qui différencierait la myélite nécrotique d'une tumeur intra-médullaire. Le lipiodol pourrait donner, dans ce cas, d'utiles renseignements.

Les autres formes de myélite, tant par leur symptomatologie que par une évolution, seront, en général, facilement différenciées ; si elles réalisent un syndrome de Brown-Séquard, ce sera un argument en faveur de la myélite, plutôt que de la tumeur intra-médullaire, le syndrome de Brown-Séquard étant rare dans ce dernier cas.

Les compressions médullaires. — Quant aux compressions médullaires, il nous semble actuellement qu'on puisse les classer, du point de vue pratique, en deux groupes : les compressions qu'il ne faut pas opérer ; les compressions qui relèvent de la chirurgie.

C'est là un chapitre de neurologie générale qui s'applique à toute compression médullaire, et qui n'est pas particulier aux tumeurs qui nous intéressent.

Les *compressions à ne pas opérer* sont avant tout celles qui relèvent du mal de Pott. Malgré des essais opératoires avec résultats quelquefois favorables, il semble qu'il faille éviter,

en pareil cas, l'intervention sanglante ; de même dans les compressions par métastase néoplasique secondaire, par cancer vertébral secondaire. Nous ajouterons à ce groupe certaines pachyméningites de nature tuberculeuse ou néoplasique, qu'il faut également respecter. La pachyméningite syphilitique peut guérir par le seul traitement spécifique, comme l'ont démontré, dans une remarquable observation, Souques, de Massary et Blamoutier.

Dans tous ces cas, il faut savoir s'abstenir, l'intervention étant, le plus souvent, nettement préjudiciable au malade ; tous les procédés d'investigation habituels, cliniques, radiographiques et biologiques, seront successivement envisagés pour empêcher l'intervention souvent désastreuse.

Par contre, le grand groupe des *compressions médullaires à opérer* comprend toutes les formes de tumeurs d'apparence primitive du canal rachidien (fibrogliome, tumeurs solides ou liquides, etc.). Les arachnoïdites localisées, à symptomatologie de tumeur, peuvent être également confiées au chirurgien, qui, dans de pareils cas, obtient souvent d'excellents résultats.

A ce groupe de compressions opérables, nous ajouterons les tumeurs intra-médullaires.

Si l'on porte le diagnostic de compression médullaire, et si l'on confie le patient au chirurgien, l'erreur ne sera pas préjudiciable au malade, bien que le siège extra ou intra-médullaire de la tumeur n'ait pu être précisé.

En faveur de la compression intra-médullaire existent *des arguments d'évolution :* l'évolution est plus rapide, les symptômes radiculaires de compression sont moins accusés ; *des arguments liés à la symptomatologie objective :* au point de vue moteur, l'importance des amyotrophies musculaires, les caractères de la paraplégie avec contracture modérée, la topographie souvent imprécise des troubles sensitifs et l'existence fréquente de zones où les troubles de la sensibilité sont dissociés, les caractères de l'automatisme médullaire, dont la limite supérieure se confond avec le niveau des troubles de la sensibilité superficielle ; *des arguments biologiques :* les caractères du liquide céphalo-rachidien, les résultats de l'épreuve du lipiodol, qui, si elle révèle l'aspect festonné particulier, pourra constituter un symptôme de certitude. A l'opération, seul le chirurgien pourra affirmer l'état des lésions et prendre les mesures pratiques en conséquence.

La syringomyélie. — Un dernier point nous paraît à discuter : ce sont les rapports des tumeurs intra-médullaires avec la syringomyélie. En fait, comme a insisté dans sa thèse Jonesco-Sisesti, les tumeurs intra-médullaires se compliquent souvent, anatomiquement, de formations cavitaires. Peut-on comparer ces cavités au processus de la syringomyélie, affection médullaire autonome, bien connue dans ses symptômes et dans son évolution ?

Une discussion récente, à la Société de Neurologie de Paris, a été soulevée par Christophe (de Liége), à l'occasion d'un fait clinique. Il semble actuellement que deux questions soient à envisager, et qu'elles doivent être nettement distinctes : la première est de savoir si des faits cliniques et biologiques permettent de distinguer nettement une tumeur intra-médullaire (même compliquée de formations cavitaires) d'une syringomyélie. Il nous semble que l'on puisse répondre nettement par l'affirmative : cliniquement, même, tumeur intra-médullaire et syringomyélie sont deux affections nettement distinctes. La 2e question nous paraît sans rapport avec notre sujet : c'est celle de la meilleure thérapeutique de la syringomyélie banale par une intervention.

1° Les tumeurs intra-médullaires nous paraissent nettement à séparer de la syringomyélie banale : cette dernière affection a une évolution beaucoup plus lente et régulièrement progressive : elle offre des symptômes qui ne donnent jamais les tumeurs intra-médullaires (arthropathies, fractures spontanées, panaris analgésiques, hypertrophie des tissus, cyphoscoliose, etc.). Il y a là un faisceau de faits cliniques auxquels se surajoutent des arguments biologiques : la syringomyélie classique ne s'accompagne pas de modifications du liquide céphalo-rachidien. Il n'existe pas de symptômes apparents de blocage : l'arrêt du lipiodol a été signalé dans quelques cas, le fait est possible, car la moelle étalée peut, dans une certaine mesure, troubler de façon temporaire le transit de l'huile iodée; dans les cas où l'arrêt a été constaté, c'est presque constamment au niveau des premières vertèbres dorsales, à un niveau où même chez un sujet normal le lipiodol peut donner de faux accrochages.

Ces faits permettent de séparer la syringomyélie banale des tumeurs intra-médullaires : tout au plus pourrait-on, dans quelque cas de tumeur intra-médullaire étendue, parler de syringomyélie aiguë. Georges Guillain, Schmite et Bertrand

signalent d'ailleurs que même anatomiquement, le processus anatomique différait de celui de la syringomyélie banale.

2° Le problème du traitement chirurgical éventuel de la syringomyélie n'est pas à envisager ici : des tentatives chirurgicales ont été faites, ponction ou incision de la moelle syringomyélique. Ces essais chirurgicaux ne peuvent être comparés à la thérapeutique rationnelle des tumeurs intra-médullaires. Il nous semble d'ailleurs que tels essais, en cas de syringomyélie vraie, ne sont pas à conseiller, étant donné les résultats ultérieurs problématiques.

EVOLUTION ET TRAITEMENT

L'évolution des tumeurs intra-médullaires est habituellement rapide : Elsberg signale qu'en général, entre les premiers symptômes et l'acte opératoire, il s'écoule en général moins de 2 ans. Les cas à évolution plus prolongée ont été observés (Crouzon, Roussy), mais dans ces observations, après une longue période de tolérance relative, les accidents ont secondairement évolué rapidement. En règle générale, donc, c'est dans les deux premières années de l'affection que la malade consultera le neurologiste. Dès que le diagnostic pourra être porté, il faudra poser les indications opératoires.

L'avenir d'un sujet atteint de tumeur intra-médullaire est très sombre : livrée à elle-même, la tumeur évoluera vers la mort, soit du fait des progrès de la paraplégie avec les complications qu'elle entraîne, soit du fait d'accidents bulbaires extrêmement fréquents dans les tumeurs intra-médullaires de la région cervicale. Dans l'évolution de la paraplégie, il faut signaler l'apparition de symptômes brusques de flaccidité, avec hypotonie succédant à des phénomènes spasmodiques : les phénomènes trophiques, les escharres et les œdèmes suivant rapidement l'installation d'une telle paraplégie flasque.

Devant ces malades, qui sont condamnés du fait de l'évolution de la tumeur, deux ordres de tentatives peuvent être envisagés : *le traitement par la radiothérapie, le traitement chirurgical.*

Dans un travail récent, Jonesco-Sisesti, en discutant le traitement des tumeurs intra-médullaires, se rallie plutôt au traitement radiothérapique, devant les résultats médiocres de la

chirurgie ; il nous semble semble, cependant, d'après de récentes communications, que l'acte opératoire doive être tenté.

1° *La radiothérapie.* — La radiothérapie a donné dans la syringomyélie, depuis les travaux de Raymond, Oberthur et Delherm, de Beaujard et Lhermitte, de remarquables résultats, aussi un telle thérapeutique paraît-elle indiquée en cas de tumeur intra-médullaire. A notre avis, il semble que la radiothérapie ne doive jamais être conseillée d'emblée en cas de tumeur intra-médullaire, sauf si la tumeur paraît étendue à un très grand nombre de *segments médullaires,* et, de ce fait, défavorable à l'acte chirurgical. Si la tumeur intra-médullaire paraît localisée, une laminectomie exploratrice s'impose ; celle-ci, quelquefois, contrairement à l'attente, pourrait révéler une tumeur extra-médullaire justiciable au seul traitement chirurgical, et contre laquelle un traitement radiothérapique aurait été sans effet.

D'autre part, la laminectomie préalable, par son action décompressive, permettra à un traitement radiothérapique d'être mieux supporté et évitera certains phénomènes myélitiques qui ne sont pas exceptionnels. La radiothérapie peut être appliquée utilement après laminectomie : un malade suivi pendant longtemps, à la clinique des maladies du système nerveux, dans le service du Professeur Guillain, présentait une quadriplégie avec signes de tumeur intra-médullaire. Ce malade fut soumis à une laminectomie qui montra une tumeur faisant saillie dans le niveau du 4e segment cervical. L'exérèse n'ayant pu être tentée, la radiothérapie fut instituée, sous la surveillance de Ledoux-Lebard et Piot ; le malade fut amélioré et la plupart des phénomènes régressèrent ; le malade, 3 ans plus tard revu par Jonesco et par nous-mêmes, avait récupéré la plupart de ses mouvements. Une telle observation permet donc d'espérer, dans certains cas précis, un heureux résultat par traitement radiothérapique.

Zimmern et Chavany conseillent, dans un travail récent, d'employer des doses de 4.000 R. par deux portes d'entrée, réparties en 8 séances de 500 R., avec un étalement d'une quinzaine de jours.

Des doses plus massives pourraient entraîner des accidents fâcheux, rarement signalés (accidents de nécrose médullaire, avec paraplégie flasque consécutive de pronostic grave.

2° *Le traitement chirurgical* (1) des tumeurs intra-médullaires est beaucoup plus grave que la chirurgie des tumeurs extra-médullaires ; l'exérèse est souvent impossible ou incomplète, les accidents post-opératoires fréquents, la mortalité élevée, les résultats tardifs souvent médiocres. Malgré ces difficutés, il semble que si l'on sélectionne les malades, si l'on pratique une intervention prudente en deux temps, les résultats pourront s'améliorer.

Nous ne reprendrons pas le problème de la technique de la chirurgie intra-médullaire, déjà étudiée par Beck dans sa thèse de 1913.

Actuellement, il semble que la plupart des chirurgiens conseillent l'intervention en deux temps. L'intervention en deux temps est en effet beaucoup plus aisée et moins grave.

Dans un premier temps la laminectomie permettra de vérifier l'état des lésions, la dure-mère est parfois amincie et comme usée par la tumeur sous-jacente. La moelle est souvent très intimement adhérente à la dure-mère et son décollement peut être délicat. La moelle déformée étant mise à nu et les lésions découvertes, le chirurgien arrête à ce stade le premier temps opératoire.

Dans un second temps, le chirurgien peut, quelques jours plus tard, s'attaquer à la tumeur principale, à la masse néoplasique, qui constitue la partie extirpable de la tumeur.

Celle-ci souvent s'est extériorisée dans l'intervalle de temps qui sépare les deux interventions : la tumeur est plus saillante, elle s'est isolée du fuseau médullaire et elle apparaît presque comme pédiculée. La saillie qu'elle détermine est plus nette, son abord plus aisé.

Le chirurgien peut recourir à deux ordres de manœuvres : l'exérèse portera sur l'élément principal, sur le gliome central; souvent l'extirpation est aisée, car un plan de clivage existe. Dans d'autres cas, l'extirpation est plus délicate, du fait des adhérences ou de l'étendue de la tumeur. Cushing, dans un cas de gliome étendu, a pratiqué une exérèse en plusieurs temps, en s'attaquant successivement à la tumeur, à des niveaux différents, et a procédé heureusement à l'ablation d'une tumeur étendue.

---

(1) Le Dr Daniel Petit-Dutaillis, chirurgien des hôpitaux, a bien voulu nous aider de ses conseils dans la rédaction de ce chapitre.

La *ponction médullaire* peut être associée à l'exérèse ou pratiquée seule, si l'intervention radicale est impossible ; elle permettra, sous le contrôle à la vue, de ponctionner, de vider les kystes intra-médullaires qui accompagnent la tumeur : cette ponction bien supportée diminue la tension intra-médullaire et soulage la compression. Dowmann et Smith ont rapporté une observation intéressante : opérant sur la région cervicale, ils ponctionnent un kyste. Le résultat immédiat fut nul. Dans un deuxième temps, après un nouvel examen, ils réussissent à trouver et à enlever la tumeur principale, qui siégeait dans la moelle dorsale.

Tel doit être le but de l'intervention : ablation aussi complète que possible de la partie principale de la tumeur, ponction des cavités secondaires, afin de faciliter la décompression médullaire.

Nous voudrions, avant de conclure, rapporter quelques résultats obtenus en matière de neuro-chirurgie des tumeurs intra-médullaires.

Clovis Vincent a rapporté le cas d'un malade opéré par de Martel en 1913, et rapporté dans la thèse de Geudron et de Beck : la tumeur siégeant dans la région dorsale inférieure fut extirpée partiellement, après incision de la moelle, la guérison opératoire fut obtenue et le malade, un an après, était nettement amélioré.

Sicard, avec Hagueneau, ont rapporté, en 1927, deux cas de tumeurs intra-médullaires opérées par Robineau : dans un cas, la laminectomie en deux temps permit au chirurgien d'enlever un neuro-épithéliome de la région cervicale. Les suites opératoires furent simples, la malade, soumise en outre à la radiothérapie, fut considérablement améliorée.

Barré a rapporté un cas de tumeur intra-médullaire enlevée par Leriche. La guérison opératoire ne fut suivie d'aucune amélioration clinique.

Barré, Leriche et Draganesco, en 1927, dans un cas de tumeur kystique, ont observé une amélioration après ponction. Dereux a rapporté un résultat remarquable dans un cas de gliome de la région cervicale : l'opération, pratiquée par de Martel et Vincent permit d'extirper une tumeur de 4 centimètres. Les suites opératoires, comme il est fréquent de le constater en cas de tumeur haute, furent très mouvementées (crises d'hyperthermie, manifestations convulsives, hyperten-

sion artérielle, élévation du taux de l'urée sanguine). Le malade guérit et fut très amélioré.

Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine, dès 1925, ont rapporté un cas d'intervention d'une tumeur intra-médullaire, avec guérison opératoire sans amélioration clinique. Van Gehuchten a fait opérer un kyste avec succès. Un malade de Marinesco et Draganesco, porteur d'une tumeur complexe, a survécu à l'intervention.

Il est certain que, avec le temps, les résultats très bons ou simplement favorables seront de plus en plus nombreux : à l'étranger surtout, des résultats heureux ont été signalés : Christophe, Poussep, ont observé des succès opératoires. Elsberg, enfin, dans sa statistique intégrale, rapporte 13 cas de tumeurs intra-médullaires opérés entre 1910 et 1925.

Sur ces 13 cas, l'auteur n'a eu que deux morts opératoires, par accidents respiratoires, quelques heures après l'intervention. 11 malades ont survécu.

Sur ces 11 cas, deux fois l'auteur a pu enlever la tumeur complètement, quatre fois partiellement. Dans les autres cas, Elsberg, après incision médullaire, vit la tumeur et en préleva un fragment pour examen histologique.

Six malades bénéficièrent de l'opération de façon considérable ; certains d'entre eux n'ont subi qu'une laminectomie avec incision de la moelle : un des malades d'Elsberg, revu 12 ans après l'opération, présentait un état neurologique nettement satisfaisant.

Il est vraisemblable qu'à l'avenir, la chirurgie des tumeurs intra-médullaires comptera de nouveaux et plus importants succès ; elle ne sera plus, à l'avenir, une chirurgie d'exception, un diagnostic plus précoce, une localisation plus précise, une technique opératoire meilleure, suivie, si nécessaire, de radiothérapie permettront de traiter et de guérir de plus nombreux malades.

CONCLUSIONS

Les tumeurs intra-médullaires, moins fréquentes que les tumeurs extra-médullaires, sont le plus souvent des gliomes. Elles siègent habituellement dans la région cervico-dorsale. Elles présentent habituellement une masse principale, accompagnée de prolongements supérieurs et inférieurs. La présence

de la tumeur détermine souvent des cavités secondaires d'aspect syringomyélique.

Cliniquement, les tumeurs intra-médullaires cervico-dorsales se caractérisent : par une paralysie atrophique des membres supérieurs ; par une paraplégie spasmodique ; par des troubles sensitifs variés, soit dissociés, soit globaux.

La ponction lombaire révèle habituellement de grosses modifications du liquide céphalo-rachidien (dissociation albumino-cytologique) et des signes de blocage sous-arachnoïdien plus ou moins complet (épreuves manométriques, épreuves du lipiodol de Sicard).

L'évolution des tumeurs intra-médullaires est grave et rapide (en moyenne 1 à 3 ans).

Le traitement chirurgical (exérèse et ponction médullaire), associé au traitement radiothérapique, donne, avec les progrès de la neuro-chirurgie, des résultats chaque année meilleurs. La chirurgie des tumeurs intra-médullaires ne doit plus être considérée, à l'avenir, comme une chirurgie d'exception.

DISCUSSION DU RAPPORT DE NEUROLOGIE

M. Yves DELAGENIÈRE (du Mans). — **Contribution à l'étude des tumeurs intramédullaires, d'après une série intégrale de dix-sept observations.**

Le rapport que nous venons d'entendre nous a apporté une étude clinique très intéressante. Malheureusement, certaines des conclusions que nous a données mon ami Péron, et la division clinique même qu'il a adoptée, reposent sur des faits nécessairement peu nombreux et artificiellement réunis.

Je vous apporte ici une étude fondée sur une série intégrale de 17 cas de tumeurs intramédulaires ; 11 de ces cas ont été publiés dès 1928, 6 autres sont encore inédits. De ces 17 observations, 13 appartiennent à mon Maître M. Robineau, que je veux remercier ici de la bienveillance avec laquelle il me les a communiqués ; les autres sont personnelles.

⁂

Si nous reprenons le rapport à la lumière de nos faits, nous arrivons à des conclusions parfois assez différentes.

La *fréquence* des tumeurs intramédullaires par rapport aux autres tumeurs de la moelle est essentiellement variable selon les séries. Dans ma thèse, pour une soixantaine de cas en tout, je trouvais environ 21 pour 100 de tumeurs intramédullaires. Personnellement, j'ai actuellement opéré 4 tumeurs intramédullaires contre seulement 2 extramédullaires, soit une proportion de 66 pour 100 ; nous saisissons bien ici l'inconvénient de l'étude de séries trop restreintes.

A propos du *siège* des tumeurs intramédullaires, sur 19 cas qu'il a étudiés en les rassemblant dans la littérature, mon ami Péron a trouvé 14 tumeurs situées au-dessus de la 2ᵉ vertèbre dorsale, soit 74 pour 100. Sur nos 17 cas, au contraire, nous n'en trouvons que 4 au-dessus de la 2ᵉ dorsale, soit *moins de 25 pour 100 ; et ce chiffre tiré de l'étude d'une série intégrale*

a une valeur certainement supérieure à celle d'un chiffre tiré de cas artificiellement rassemblés.

***

Dès lors, isoler un syndrome cervical des tumeurs intramédullaires, à cause de la fréquence de ce syndrome, apparaît un peu osé ; on peut d'ailleurs le regretter, car l'étude clinique de ce syndrome telle que nous l'a donnée notre rapporteur, est fort complète, précise et intéressante.

Mais, dans la réalité, les faits semblent se présenter autrement dans les 3/4 des cas, comme nous venons de le voir. En clinique, les tumeurs intramédullaires se présentent comme des compressions de la moelle, revêtant un aspect différent suivant l'étage du névraxe comprimé par le néoplasme ; mais le plus souvent rien ne permet d'affirmer, par les seules ressources de la clinique, la *nature* de la cause de cette compression. C'est pratiquement presque toujours l'*examen radiolipiodiolé* qui révèle, par l'aspect festonné très caractéristique de l'image radiographique, la probabilité d'une tumeur intramédullaire comme cause de la compression établie cliniquement.

Retenons donc les syndromes si nettement et si clairement isolés par M. Péron, mais n'espérons guère faire le diagnostic *clinique* précis de tumeurs intramédullaires que dans des cas exceptionnels.

***

Par contre, sur les chapitres d'anatomie pathologique et de traitement, chapitres essentiellement chirurgicaux, j'aurais aimé trouver dans le rapport une distinction essentielle, qui y est bien indiquée, mais peut-être sans la valeur considérable qu'elle possède en pratique.

Tout autre en effet est le pronostic d'une tumeur intramédullaire selon qu'elle est ou n'est pas énucléable opératoirement. Or, il se trouve que, dans la plupart des cas, les tumeurs énucléables sont d'origine épendymaire, les tumeurs non énucléables étant des gliomes. Dans une 3e catégorie, nous rangerons les raretés histologiques.

Nos 17 observations comprennent *5 tumeurs qui ont pu être énucléées ;* 4 sont ou des formations d'origine épendymaire,

ou des gliomes non diffus (neuroépithéliomes, épendymogliomes, gliomes à petites cellules, tératomes des divers auteurs). Une de ces tumeurs est un lipome pur, rareté dont quelques cas seulement ont été signalés. Ces 5 cas de tumeurs énucléables ont donné 4 guérisons, et 1 guérison partielle chez une malade présentant plusieurs tumeurs étagées et qui a refusé une 2[e] intervention destinée à enlever la tumeur plus bas située.

Les *12 autres cas concernent des tumeurs inextirpables :* 7 sont des gliomes diffus, 4 des gliomes kystiques ; la dernière est une de ces raretés encore mal classées qu'on a baptisées du nom de télangiectasie médullaire. De ces malades, 4 ont succombé entre 7 jours et 2 mois après l'intervention ; les autres ont été plus ou moins améliorés par la décompression réalisée par la laminectomie exploratrice, parfois associée à la radiothérapie. Ces améliorations se sont maintenues pendant des temps variables, parfois plusieurs années.

Notons enfin, à propos de l'exérèse des tumeurs énucléables qu'il est essentiel, lorsqu'on opère en deux temps, *d'inciser la moelle dès le premier temps* pour amorcer l'extrusion spontanée.

***

Voici un bref résumé des 11 observations déjà publiées, et quelques notes plus complètes sur les 6 observations inédites.

Nous trouvons d'abord *5 tumeurs extirpables :*

Obs. 1. — Femme, 28 ans. Paraplégie à développement rapide. *Tumeur d'origine épendymaire* étendue de l'atlas à C^7. Enucléation en deux temps (16 et 23 décembre 1926, Dr Robineau). Guérison contrôlée en janvier 1931.

Obs. 2. — Femme, 26 ans. Douleurs sans aucun trouble à l'examen ; diagnostic établi par le radio-lipiodol. *Tumeur d'origine épendymaire* étendue sur D^{11} et D^{12}. Enucléation (7 avril 1927, Dr Robineau). Guérison.

Obs. 3 (*inédite*). — Mme P. G., 32 ans. Paraplégie complète, troubles sensitifs diffus sans limite supérieure nette. Lipiodol égrené de D^6 à D^{10}. Intervention le 23 novembre 1928 (Dr Y. Delagenière) ; laminectomie de D^6 à D^{10} ; incision postérieure de la moelle ; l'extrusion s'amorce aussitôt. 2[e] intervention le 31 novembre 1928 ; ablation complète d'une tumeur d'origine épendymaire

étendue de D^6 à D^{10}. La malade est revue 6 mois après l'intervention ; la paraplégie existe toujours mais les signes sensitifs, extrêmement nets, montrent une compression au niveau D^{12} et L^1 ; il existe certainement à ce niveau soit une 2e tumeur soit un prolongement à distance de la tumeur précédente ; mais la malade se refuse à une nouvelle intervention.

Obs. 4 (*inédite*). — Homme, 40 ans. Paraplégie spasmodique prédominant à droite ; quelques douleurs. Intervention le 2 mars 1929 (Dr Robineau). Au niveau de D^{11}, très grosse arachnoïdite, tumeur saillante à la surface de la moëlle à droite de la ligne médiane postérieure, mais s'infiltrant dans la moëlle renflée. La dissociation est impossible. Ablation partielle de la tumeur par fragments à la curette. La tumeur, ferme, de coloration jaune, du volume d'un très gros cocon de ver à soie, est un lipome pur. Récupération rapide des mouvements. Marche normale 24 jours après l'opération.

Obs. 5 (*inédite*). — Homme, 56 ans. Monoplégie du bras gauche, parésie du membre inférieur gauche ; dissociation syringomyélique de la sensibilité, peu de douleurs ; lipiodol égrené au-dessus de C^7. Intervention le 30 octobre 1930 (Dr Robineau). Au niveau de C^5 et C^6, la moëlle est renflée symétriquement, incision de la moëlle ; la tumeur énucléable d'origine épendymaire, est enlevée en un temps en bloc sur la hauteur de C^6 et C^5, elle semble atteindre en profondeur la limite antérieure de la moëlle. Récupération des mouvements en un mois. Il n'y a plus qu'un peu d'engourdissement de la main gauche au 3e mois.

Les tumeurs inextirpables sont au nombre de 12 :

Obs. 6. — Homme, 49 ans. Sciatique gauche et paralysie du membre inférieur droit. Gliome kystique au niveau de D^3. Décompression le 31 décembre 1921 (Dr Robineau). Pas d'amélioration.

Obs. 7. — Homme, 34 ans, Paraplégie spasmodique avec algies, lipiodol égrené latéralement. Gliome diffus au niveau de C^7. Décompression avec incision de la moëlle le 5 octobre 1922 (Dr Robineau). Mort le 30e jour après l'opération.

Obs. 8. — Femme, 35 ans. Paraplégie spasmodique sans douleurs. Gliome au niveau de D^{10}. Intervention les 16 et 26 mai 1924 (Dr Robineau). Décompression et incision de la moëlle. Amélioration considérable pendant 3 ans.

Obs. 9. — Homme, 51 ans. Paraplégie spasmodique, douleurs. Gliome kystique au niveau de D^7 (Dr Robineau). Décompression

et incision de la moëlle le 18 décembre 1924. Amélioration ; mort 17 mois après l'opération.

Obs. 10. — Homme, 32 ans. Paraplégie spasmodique, algies, escharres. Gliome kystique au niveau de D^{10}. Décompression et incision de la moëlle le 19 mars 1925 (Dr Robineau). Mort le 7e jour.

Obs. 11. — Femme, 59 ans. Paraplégie spasmodique ; troubles sphinctériens. Gliome kystique de D^{8} à D^{12}. Décompression et incision de la moëlle le 4. avril 1925 (Dr Robineau). Pas d'amélioration.

Obs. 12. — Homme, 55 ans. Paraplegie spasmodique, douleurs, escharres. Gliome diffus au niveau de D^{4}. Décompression et incision de la moëlle le 15 décembre 1926 (Dr Robineau). Mort le 7e jour.

Obs. 13. — Femme, 25 ans. Paraplégie spasmodique, troubles sphinctériens. Gliome diffus étendu de D^{3} à D^{6}. Décompression et incision de la moëlle le 11 janvier 1928 (Dr Robineau). Pas d'amélioration.

Obs. 14. — Homme, 38 ans. Paraplégie spasmodique, troubles sphinctériens. Gliome diffus étendu de D^{3} à D^{7}. Décompression de la moëlle le 30 janvier 1928 (Dr Y. Delagenière). Amélioration ; mort 2 mois 1/2 après l'intervention par infection urinaire.

Obs. 15 (*inédite*). — Homme, 37 ans. Paraplégie, escharres, infection urinaire ; le lipiodol donne une image de moëlle renflée. Intervention le 19 mars 1929 (Dr Robineau). Gliome diffus étendu de D^{5} à D^{8} ; incision de la moëlle, pas de cavité kystique. Mort le 21e jour sans aucune amélioration.

Obs. 16 (*inédite*). — M. F., 59 ans. Paraplégie spasmodique, marche impossible, légers troubles moteurs des 2 bras, troubles sensitifs au-dessus du territoire du C^{6}. Lipiodol donnant une image concave en bas sur C^{2} et s'égrenant latéralement jusqu'à la région dorsale. Intervention le 28 novembre 1929 (Dr Y. Delagenière). Décompression de la moëlle, ablation d'un bloc d'arachnoïdite qui découvre un gliome diffus étendu de C^{2} à C^{4}. Grosse amélioration, marche normalement en avril 1930.

Obs. 17 (*inédite*). — Mme B. V., 54 ans. Paraplégie, automatisme médullaire intense ; la paraplégie aurait débuté il y a 10 ans, mais s'est complétée depuis un an seulement. Décompression de la moëlle de D^{6} à D^{9}, le 24 octobre 1930 (Dr Y. Delagenière). La

moëlle un peu fusiforme et dilatée est nettement télangiectasique ; ponction de la moëlle en deux points. Amélioration progressive lente.

***

En résumé, cliniquement, les tumeurs intramédullaires se présentent comme des compressions du névraxe siégeant à des hauteurs très variables ; le plus souvent, c'est l'examen radiolipiodolé seul qui permet de soupçonner la vraie nature de la compression révélée par l'examen clinique.

Tout l'avenir des malades repose sur les possibilités de l'intervention chirurgicale, en particulier *sur l'énucléabilité de la tumeur.* L'étude de cette possibilité jointe à celle de l'anatomie pathologique des formations néoplasiques permet de diviser dès maintenant les *tumeurs intramédullaires en 3 groupes :*

1° *Tumeurs d'origine épendymaire, ou certains gliomes non diffus énucléables, à pronostic favorable ;*

2° *Tumeurs à type gliome diffus, non énucléables, à pronostic nettement défavorable ;*

3° *Tumeurs rares (lipomes, tubercules, gommes, télangiectasie) dont le pronostic reste fonction des possibilités d'exérèse.*

M. Boris H. Vassilef, *ancien Chef de section de la Clinique Royale Médicale de Gênes et de l'Institut Clinique Maragliano.* — **Prophylaxie et Thérapeutique des tumeurs malignes.**

Etude déjà communiquée au 36e Congrès de Médecine Interne à Rome, en octobre 1930 et au Congrès du Cancer à Bologne, en janvier 1931.

La parfaite exposition du rapporteur sur le traitement des tumeurs intramédullaires me donne la possibilité d'appeler l'attention du Congrès sur mes études au sujet de la thérapie et prophylaxie des tumeurs malignes, qui sont bien utiles en pratique en tous cas, mais surtout lorsque les autres traitements n'ont donné que des résultats incomplets.

Quelle que soit la cause efficiente qui occasionne les différentes espèces de tumeurs malignes, je me suis persuadé que le substratum organique a une action essentielle dans le déter-

minisme de la naissance, de la progression et de la diffusion des tumeurs.

L'idée directrice qui inspire mes recherches a aussi pour but cet inconnu, c'est-à-dire de trouver quelle est la condition biologique qui favorise, et quelle est celle qui fait obstacle au progrès des tumeurs malignes.

Ayant bien connu des sujets, qui ont eu ensuite des tumeurs malignes, on reste quelquefois frappé de leur constitution psycho-bio-physique qui indique, quelquefois, très clairement, des déséquilibres endocriniens ou cellulo-humoraux.

Ces anomalies de la fonction endocrine semblent frapper de préférence le thymus, les glandes sexuelles (testicule, ovaire) et la surrénale.

Le type d'anomalies est souvent représenté par un certain degré de déficience fonctionnelle générale, organo-locale ou cellulaire.

Il est clair que la glande à sécrétion interne, qui caractérise l'enfance, âge très rarement atteint par les tumeurs malignes, c'est la glande thymus.

Pour vous convaincre davantage, il faut que je rappelle à l'attention des présents un fait très important et illustratif, c'est-à-dire qui vous portera à vous demander vous-même comment pourrons-nous nous expliquer que l'âge dans lequel a lieu la plus grande manifestation des tumeurs malignes, varie de race à race, de peuple à peuple, et est toujours subordonnée à la moyenne de vitalité.

Nous voyons par exemple que, dans les Japonais (peuple qui entre plus vite que nous dans la puberté et qui est aussi plus précoce dans la maturité biophysique et mentale et qui, par suite, vieillit avant nous et a une moyenne de vitalité plus basse que la nôtre), les tumeurs se manifestent aussi dans un âge moins avancé que le nôtre ; évidemment, la tumeur naît dans la vieillesse fonctionnelle.

Et comment expliquer encore le fait que dans les peuples qui naissent et qui vivent dans un climat tropical ou dans des régions très chaudes, l'apparition des néoplasmes malins se produit dans un âge inférieur au nôtre, tandis que dans le nord se produit le contraire ?

Et encore, pourquoi les hommes d'une plus grande apparence de constitution physique mâle, ainsi que les femmes qui ont toutes les caractéristiques du type féminin très prononcés, et qui sont souvent précoces dans leur développement

constitutionnel, sont dans l'âge critique plus facilement sujets aux formes néoplasiques ?

En dernier lieu, pourquoi dans les Européens et dans les Américains, l'âge des tumeurs malignes a-t-il une ample oscillation, coïncidant cependant presque toujours avec le vrai âge critique psycho-physio-physique du carcinomateux ?

On doit remarquer que les tumeurs glandulaires ont habituellement un cours très rapide, comme par exemple le carcinome de la mamelle, des testicules et d'autres encore.

J'ai administré, dans plusieurs cas de tumeurs malignes, les extraits du thymus, des glandes génitales et de la surrénale et j'ai aussi, suivant les cas, ajouté de l'arsenic et de la strychnine dans une dose tolérable, plutôt intense, ainsi que des extraits des organes frappés par la tumeur.

Les résultats que j'ai obtenus par ce traitement n'ont certainement pas été de grande envergure et cela même parce qu'il s'agissait de sujets très graves et dans lesquels l'opération chirurgicale n'était plus possible et l'état général très déprimé.

Il faut remarquer, cependant, que dans les sujets opérés pour tumeur et assujettis ensuite à la cure opothérapique annoncée plus haut, les résultats sont d'une plus grande évidence.

Toutefois, avec une cure opothérapique plus intense, aussi forte que la tolérance individuelle le permettait, on a obtenu un certain degré de plus grande tolérance des états marantiques et même doloriques lorsque ceux-ci étaient présents.

Les sujets pouvaient s'alimenter avec une plus grande facilité ; la sensation d'anéantissement, dans lequel quelques-uns de ces malades se trouvaient, diminuait, et il semble que dans la plupart des cas la durée de la survivance, après l'usage de la cure, était prolongée au delà de toute espérance.

On obtient l'épreuve meilleure de la manière suivante : Avant de commencer l'opo-bio-chimiothérapie, on doit établir la moyenne du poids que le patient perd par jour ou par semaine. Soumettez-le ensuite à mon traitement thérapeutique qui, comme vous pourrez le constater, est absolument inoffensif. Contrôlez ensuite le poids (par jour ou par semaine) de votre sujet, et comparez-la à la moyenne de perte de poids que vous aurez établie avant de commencer la cure ; étudiez bien le patient, tant objectivement que subjectivement.

Je puis dire dès à présent que la cure opo-chimiothérapique

des tumeurs malignes a donné des résultats beaucoup plus grands par l'insistance de l'emploi des extraits d'organes atteints de la tumeur, associée à la thérapie appelée thymo-surréno-génitale, et elle a servi plusieurs fois à empêcher la rapidité de la progression des néoplasmes, parce que tant le cadre subjectif que les relevés objectifs se retardaient graduellement de plus en plus et jusqu'à une limite qu'on ne pouvait atteindre autrement.

Je crois que les résultats thérapeutiques que l'on obtient par ce traitement sont dûs, en outre, qu'à l'opothérapie et rétablissement d'un métabolisme basal équilibré (influencé également par la strychnine et par l'arsenic même) à l'administration d'extraits du même organe atteint par la tumeur ; traitement que l'on peut considérer comme moyen vaccino-stimulant de la réactivité spécifique anti-néoplastique et qui favorise de cette façon la formation des (ainsi appelés) anti-corps (en laissant de côté la production tant spécifique que aspécifique de ceux-ci), formation qui a probablement une action vaccino-thérapique à sélection (vaccino-sélective) indépendamment de la voie par laquelle sont introduits ces extraits homonymes.

Je ne puis encore affirmer avec la précision voulue quelles sont les raisons par lesquelles, même dans les cas de fibromes, l'action de cette thérapie a donné des résultats encourageants.

TROISIÈME RAPPORT

RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE

ET

DISCUSSION

LES FAUSSES SIMULATIONS EN MEDECINE LEGALE PSYCHIATRIQUE

RAPPORT DE

M. A. FRIBOURG-BLANC

Professeur au Val-de-Grâce

LES FAUSSES SIMULATIONS
EN MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

INTRODUCTION

Que faut-il entendre par fausse simulation en matière de maladies mentales ?

C'est l'état présenté par des sujets atteints d'aliénation mentale vraie, dont les manifestations extérieures et le tableau clinique font penser à une simulation de la folie.

Cette question présente un double intérêt, clinique et médico-légal.

Au point de vue clinique, les manifestations psychopathiques revêtant l'apparence de fausses simulations, suscitent des considérations intéressantes sur les formes atypiques de maladies mentales et sur le mécanisme psychologique des idées délirantes.

Du point de vue médico-légal, la question revêt une importance plus grande encore, étant donné les conséquences judiciaires que peut entraîner un diagnostic erroné de simulation.

Il existe, à n'en pas douter, des sujets qui simulent de toutes pièces des troubles mentaux, et nous n'avons point la prétention de nier de pareils faits. Le problème de la simulation de la folie a fait l'objet de nombreuses études d'un haut intérêt, et nous aurons à rappeler, entre autres, plus loin, les importants travaux de Laurent, de Mairet, et le beau rapport de Porot, à la XXV[e] Session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes (Luxembourg, Metz, 1921).

Parler de fausse simulation, c'est déclarer que tel sujet, qui avait été considéré par des médecins ou par des profanes comme un simulateur, est, en réalité, un malade authentique. C'est émettre une opinion ferme, s'élevant en face d'une thèse contraire. C'est opposer un diagnostic à un autre diagnostic. Mais, en clinique, il n'est que des cas d'espèce, et il ne peut s'agir de généralisation hâtive ni de jugement préconçu.

Nier l'existence de la simulation dans les maladies mentales serait bien téméraire. L'observation attentive des faits nous ramène chaque jour à plus de prudence.

La pratique nous montre qu'il existe, en réalité, des simulateurs et de faux simulateurs. Aussi, notre intention n'est-elle pas d'opposer, par principe, les faits d'apparente simulation à ceux de simulation vraie, dans le but puéril de donner au sujet que nous avons à traiter plus d'importance qu'à l'étude de la thèse inverse.

Existe-t-il, d'ailleurs, une réelle opposition entre ces deux problèmes, et ne s'agit-il pas, plutôt, du même sujet envisagé sous deux plans différents ?

Tous les auteurs qui ont étudié la simulation de la folie se sont posé la question de savoir si les simulateurs qu'ils observaient étaient de vrais malades ou de rusés calculateurs. Ils ont bien fait ressortir les difficultés du problème, et ils ont montré qu'il existait bien des cas litigieux. Simulation ou fausse simulation, ce sont, en réalité, deux questions qui se confondent en une seule et qui se résument en un même problème de diagnostic différentiel.

En envisageant ce problème sous l'angle des cas se rapportant à des malades authentiques, nous sommes seulement entraînés à étudier plus particulièrement les conditions dans lesquelles une maladie mentale vraie peut présenter une allure atypique, anormale en apparence, et présenter des caractères exceptionnels, conditions qui peuvent faire douter de la réalité des troubles morbides. C'est l'analyse des manifestations atypiques de cet ordre qui nous retiendra donc, surtout dans ce rapport.

Nous envisagerons :

I. L'étude clinique des fausses simulations.

II. Leurs conséquences médico-légales.

I

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude des fausses simulations dans les maladies mentales s'apparente étroitement à la grande question des *aliénés méconnus*.

Cette question a déjà fait l'objet de remarquables travaux, et nous ne saurions rien ajouter à l'étude si fouillée qui en a

été faite, en collaboration avec H. Colin, par le très distingué Président de la session actuelle de notre Congrès. Mais, en étudiant plus spécialement les faits de fausse simulation, on se rend bientôt compte qu'ils ne constituent qu'un paragraphe de ce vaste chapitre des aliénés méconnus, dans lequel l'analyse nous fait découvrir plusieurs catégories de malades, en réalité assez disparates.

Voyons, en effet, de quoi est constitué le chapitre des aliénés méconnus.

On y trouve :

1° Des cas d'aliénation mentale incontestable, dont le diagnostic n'a pas été fait, en raison de *l'insuffisance* ou *du manque absolu d'examen médical*.

2° Des cas où le médecin expert, insuffisamment instruit des questions psychiatriques, a commis *une erreur de diagnostic manifeste*.

3° Des malades qui ne présentaient, lors de l'examen médical, qu'une symptomatologie morbide très atténuée (formes frustes ou de début, période médico-légale de certaines psychoses).

4° Des cas où les *circonstances de faits nettement défavorables au malade* imposent à l'esprit du médecin le diagnostic de simulation (crimes ou délits accomplis par le malade, fausses accusations de simulation portées contre lui par l'entourage, voire même par la famille, etc...).

Dans ces quatre catégories de malades, l'étiquette de fausse simulation ne peut pas convenir. Il s'agit, en effet, seulement de cas insuffisamment étudiés, par suite de circonstances diverses qui ont égaré le diagnostic.

5° Les cas de fausse simulation proprement dite, c'est-à-dire les cas ou le tableau clinique lui-même fait penser à la simulation, alors qu'il s'agit de troubles psychopathiques indéniables. C'est cette dernière catégorie qui correspond seule au sujet que nous avons à traiter. Elle comprend diverses sortes de manifestations cliniques, qui peuvent se ranger, croyons-nous, sous les rubriques suivantes :

I. Manifestations psychopathiques exagérées ;
   a) Exagération consciente. Sursimulation.
   b) Exagération insconsciente.

II. Faux aveux.

III. Auto-accusations délirantes.

IV. Dissimulation volontaire de troubles réels.

V. Manifestations pathologiques atypiques :
a) Par association de plusieurs états psychopathiques.
b) Par allure inusitée des troubles.
c) Syndrome de Ganser.

I. — MANIFESTATIONS PSYCHOPATHIQUES ÉXAGÉRÉES

a) Exagération consciente Sursimilation

La folie simulée a attiré depuis fort longtemps l'attention des médecins.

Galien, Ambroise Paré, Silvaticus, y ont fait allusion ; en 1650, Paul Zacchias, proto-médecin de l'Etat de l'Eglise sous le pape Innocent X, consacre une étude toute spéciale à cette simulation, qu'il estime fréquente et facile. Laurent (1), cependant, dans son livre si intéressant, ne croit pas à cette fréquence, mais il est d'accord sur la possibilité de la simulation dans certains cas, qui nécessitent toujours un examen très approfondi. Ces cas s'observent « chez des individus d'une grande intelligence et doués d'une force de volonté digne d'une meilleure cause, qui ont tout intérêt à feindre et qui embarrassent et mettent en défaut les observateurs les plus distingués. »

Au temps où la folie était considérée comme une affection de nature divine, on a pu voir certains sujets se servir de cette maladie comme d'un moyen de protection.

L'histoire de l'Antiquité nous en fournit quelques exemples.

Laurent et Mairet (2) nous rappellent ceux d'Ulysse, du Roi David, de Solon l'Athénien, de Junius Brutus, qui employaient ce stratagème pour des fins diverses. Mais, aujourd'hui, on ne consent guère à passer pour fou que pour des raisons graves. Néanmoins, les motifs de simulation de la folie ne manquent pas. Le plus important est celui d'échapper à une sanction pénale.

Ces observations nous font donc admettre la possibilité d'une simulation authentique, chez des sujets entièrement sains d'esprit et particulièrement habiles. Pinel, Fodéré,

(1) A. Laurent. — *Etude médico-légale sur la simulation de la folie*. Masson (1866).
(2) Mairet. — *La Simulation de la Folie*, Coulet, édit. Montpellier 1908.

Esquirol, Marc, Snell, Laurent, Mairet, Porot et d'autres auteurs, en ont publié des exemples incontestables.

Nous pourrions nous-même rapporter ici l'observation très saisissante d'un détenu de la prison militaire du Cherche-Midi, qui fut hospitalisé dans notre service en 1927, interné ensuite à l'Asile de Hœrdt, et qui avait simulé de toutes pièces, avec une grande habileté, un état d'excitation délirante qu'il avoua, après plusieurs années d'internement, pour obtenir sa libération. Mais, nous devons ajouter aussitôt que ce cas a été le seul de simulation complète qu'il nous ait été donné d'observer pendant une période de dix années, dans le service très actif de Neuro-Psychiatrie du Val-de-Grâce.

C'est, qu'en effet, la simulation vraie, poursuivie et complète, de la folie par des sujets à psychisme normal est une chose rare. La grande majorité des psychiatres semble bien être d'accord aujourd'hui à ce sujet.

Mais, ce que l'on peut rencontrer le plus souvent, c'est *l'exagération consciente*, dans un but utilitaire, de troubles psychiques chez des individus atteints de tares mentales antérieures.

Baillarger avait déjà noté « qu'un homme peut avoir une véritable monomanie dont il n'a pas conscience et simuler, dans un intérêt particulier, une véritable folie qu'il n'a pas ».

Griesinger expliquait cette simulation surajoutée, chez l'aliéné, par « un certain plaisir morbide à simuler. Disposition analogue à celle que l'on observe chez les hystériques, mais qui, cependant, n'est pas identique ».

Régis (1) a bien montré par quel mécanisme psychologique « un sujet déjà plus ou moins aliéné ou dégénéré peut simuler ou plutôt charger, exagérer, son délire ». Chez les tarés, cette simulation s'associe à un état pychopathique réel et préexistant. Il s'agit donc là de simulation surajoutée à la psychopathie, ou, selon le terme proposé par José Ingéniéros, de « *sursimulation* » (2).

Cette question a été remarquablement étudiée par J. Caillet (3) dans sa thèse. Cet auteur fait ressortir que la sursimulation est généralement le fait d'individus atteints de tares psychiques, chez lequels cette simulation s'associe à un état

(1) Régis. — *Précis de Psychiatrie*, 6e édit., 1923, p. 1117-1123.
(2) José Ingéniéros. — *Folie, Simulation et Criminalités*, 1 vol., Buenos-Ayres, 1911.
(3) J. Caillet. — Contribution à l'Etude de la simulation des troubles mentaux chez les criminels. Ses rapports avec la dégénérescence. *These de Bordeaux*, 1909.

psychopathique réel et préexistant. Ces individus sont des dégénérés à tous les degrés, depuis les simples débiles, les déséquilibrés, jusqu'aux imbéciles. Ils simulent la folie, soit en exagérant les manifestations de leur dégénérescence psychique, soit en associant à cette dégénérescence une psychose parasitaire.

Les troubles mentaux choisis de préférence par les sursimulateurs sont les états de stupeur, de mutisme, d'amnésie, qui sont plus faciles à réaliser que les formes d'agitation délirante.

Certains faits de sursimulation ont été observés chez de véritables aliénés d'asile par Vingtrinier, Baillarger, Griesinger. Ce dernier donne de ces faits l'interprétation suivante :

Dans les asiles, les aliénés entendent les médecins donner devant eux des explications sur différents symptômes de la maladie, prédire l'apparition de tel ou tel phénomène morbide ou de telle ou telle modification clinique. Ils se mettent alors à simuler ce phénomène ou cette modification, soit pour dérouter le médecin, soit pour se rendre intéressants. Ils éprouvent de la satisfaction à se créer de toutes pièces des hallucinations qu'ils décrivent à leur manière, soit verbalement, soit par écrit. Ce genre de simulation est, en général, de courte durée, et, par suite, il ne tarde pas à être reconnu. Le médecin distingue d'ailleurs bientôt l'invraisemblance de pareilles manifestations.

Dans des conditions de cet ordre, le médecin peut être amené à démontrer, comme le fait observer Laurent (1), qu'un individu « simule la folie et que, malgré cela, il est bien fou, mais, « seulement, d'une autre manière que celle qu'il simule et que « sa folie se reconnaît naturellement à d'autres signes que « ceux qu'il met en avant ».

De très nombreuses observations cliniques ayant trait à cette exagération consciente ou sursimulation des troubles mentaux ont été publiés par les auteurs. Nous n'en rapporterons que quelques cas à titre d'exemple :

Observ. 1. — Baillarger expose dans « Les Annales Médico-Psychologiques » de 1853, l'histoire d'une femme hytérique, qui avait présenté en 1840 un état d'aliénation vraie ayant nécessité l'internement et qui, 12 ans plus tard, simula la folie, à l'occasion de poursuites judiciaires intentées contre elle pour avoir exercé des violences sur sa fille. Dans un accès d'excitation lubrique, elle

---

(1) Laurent. — *Loc. cit.*

avait appliqué de force sur ses organes génitaux, la tête de sa fillette, âgée de dix ans. Elle avait ensuite simulé la folie comme moyen de défense, mais, cette simulation avait pour base un déséquilibre psychique évident et des troubles mentaux réels antérieurs.

Observ. 2. — Lunier a rapporté deux cas de sursimulation chez deux imbéciles incendiaires. L'un de ces sujets affectait un état de prostration mélancolique accentuée, en partie réelle d'ailleurs et déterminée par la crainte du châtiment. Il s'agissait là d'une demi-simulation maladroite.

Observ. 3. — L'autre simulait un état d'égarement, avec obtination à ne pas répondre aux questions ou à n'y répondre que par des mensonges évidents, par des contradictions flagrantes et rapprochées. Lunier fait remarquer que les manifestations de ce sujet étaient particulièrement sottes et irraisonnées et prouvaient bien « le caractère plus instinctif qu'intelligent de la ruse qu'exprimait sa figure inintelligente ».

Observ. 4. — Mairet (1) dans une leçon à la Faculté de Montpellier, présente un aliéné véritable simulant la folie, dans le but d'éviter la prison, et d'être envoyé à l'asile.

Il s'agissait d'un débile mental mégalomane qui simulait, assez mal, du reste, un état d'excitation maniaque avec idées de persécution.

Observ. 5. — José Ingénièros rapporte (2) le cas d'un Italien atteint de dégénérescence mentale très accentuée, qui avait été plusieurs fois interné dans son pays et qui, après avoir émigré à Buenos-Ayres, fut condamné à quinze ans de bagne pour coups et blessures ayant entraîné la mort. Au bagne, il simula une tentative de suicide, alléguant, pour justifier cet acte, une prétendue réapparition de sa victime pendant la nuit. Une autre fois, il frappa brutalement un de ses co-détenus. Il s'agissait là d'un intermittent avec accès épisodiques d'agitation et tendances impulsives. Il fut dirigé sur le pavillon des aliénés criminels de l'asile de Los Mercédés.

Observ. 6. — *De Teyssieu* (3) expose l'histoire d'un jeune soldat qui arriva au corps en état d'ivresse, il simula la folie sous forme de réponses incohérentes, de récits fantastiques, de lacération d'effets, de voracité affectée, de stéréotypies du langage et des attitudes, de refus partiels d'aliments. Mis en observation à l'asile, il

---

(1) Mairet. — « Aliénés simulateurs », *Annales de Psychiatrie et d'hypnologie*. 1892, N° 4.
(2) Jose Ingéniéros. *Loc. cit.*
(3) De Teyssieu. — Folie simulée chez un jeune soldat. Le *Caducée*, 21 septembre, 1912.

répondait « oui », « oui », à toutes les questions. L'enquête faite sur ses antécédents psychiques était négative et son honorabilité était déclarée suspecte. Il avait, en particulier déclaré que « si on l'embêtait, il serait assez malin pour s'en tirer ». A l'asile, il garda d'abord un mutisme complet, puis devint à peu près normal au bout de deux mois, mais il éludait toutes les questions précises et affirmait une amnésie complète. Il s'agissait, en réalité, d'une simulation chez un débile mental insociable. Cette débilité était telle qu'elle rendait vaine tout espoir d'adaptation et qu'elle nécessita la mise en réforme du sujet à sa sortie de l'asile.

Observ. 7. — *Baruk et Levassort* (1) relatent le cas d'un sujet ayant des antécédents psychopathiques héréditaires très chargés, professionnel du vol et ayant présenté des troubles mentaux au cours d'une détention antérieure. Sa vie s'était passée depuis, alternativement à l'asile et en prison. Simulateur très habile, il apparaît tour à tour comme paralytique, gâteux, excité, violent ou persécuté. Or, les troubles psychiques disparaissent invariablement chez lui dès qu'il est en liberté. C'est un simulateur certain, mais, ce n'en n'est pas moins un grand déséquilibré, un dégénéré héréditaire.

Nous avons pu recueillir à l'asile clinique Ste-Anne, grâce à l'obligeance de M. le Professeur Claude, 3 observations correspondant à des faits de sursimulation, que nous résumerons brièvement ci-après :

Observ. 8. — G..., 20 ans, entre à l'Asile Ste-Anne le 19 mars 1930. Depuis l'âge de 15 ans, il avait présenté des troubles du caractère et de l'humeur qui rendaient la vie familiale très difficile. G... supportait très mal les attentions trop délicates et les marques de tendresse trop insistantes de sa mère, qui l'irritaient, l'obsédaient et provoquaient chez lui des réactions coléreuses. Depuis 1926, il présentait une fébricule irrégulière et intermittente à 38-39°, qui motiva de très nombreux examens médicaux et dont on ne put jamais trouver la clef. Radiographie pulmonaire, examens du sang et du liquide céphalo-rachidien, tout avait été négatif, et le docteur Rist, consulté, ne constatant aucun symptôme organique, avait émis l'idée d'une simulation.

En mars 1930, le docteur Heuyer rédigeait, au sujet de ce malade, le certificat suivant :

« Déséquilibre psychique, subexcitation, insomnies, onirisme,

(1) Baruk et Levassort. — *Simulation de la folie et dégénérescence mentale.* XIX Session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Nantes, Août 1909.

« manifestations anxieuses, bizarreries d'attitude et de conduite, « polymorphisme des réactions, tentative de suicide il y a 26 mois. « Rires impulsifs, mutisme. Probabilité de démence précoce », et il concluait à la nécessité du placement.

A l'entrée à l'asile Ste-Anne, le docteur Meignant note :

« Etat confusionnel, onirisme, anxiété, pleurs et rires immotivés, « facies figé, raideur, état subfébrile, possibilité d'encéphalite « fruste. — A observer. »

En mai, l'état confusionnel, la rigidité paraissent s'accentuer et il s'y associe un léger tremblement. On note, en outre, des manifestations incohérentes et discordantes. G... s'accuse par lettre d'avoir assassiné une personne avec 50 balles en fer. Il déclare voir son cadavre et dit : « Je vais vous conduire. Vous ne l'avez pas encore mis dans un cercueil. »

En août, l'état confusionnel s'était atténué pour faire place à des crises convulsives atypiques et à de violentes colères.

Des recherches minutieuses furent faites dans le service du docteur Claude, pour déterminer l'origine de la fièvre.

L'irrégularité et l'intermittence de cette pyrexie avaient fait penser un instant à la possibilité d'une mélitococcie. Mais, toutes les hypothèses restèrent sans conclusions jusqu'au jour où le malade, spontanément, avoua que c'était lui-même qui faisait monter le thermomètre, qu'il en avait assez maintenant de poursuivre sa supercherie, qui durait depuis 4 ans et que, désormais, sa température resterait normale. Il en fut ainsi. En septembre, les manifestations convulsives et les réactions coléreuses ayant diminué et la mère du malade insistant vivement pour reprendre son fils et l'envoyer à la campagne, G... sortit de l'asile. On ne saurait, cependant le considérer comme guéri. Le docteur Cenac a appris que, depuis, les troubles de l'humeur et du caractère de ce sujet s'étaient à nouveau révélés et que certaines manifestations discordantes étaient réapparues dans son comportement, rendant des plus difficiles son adaptation à la vie extérieure (fugues). Le malade confia en outre à M. Cénac que, s'il avait simulé cette pyrexie qui avait mis en échec si longtemps la sagacité des médecins, c'était pour arriver à quitter le milieu familial où tout l'irritait et en particulier l'esclavage de l'affection maternelle. Une bonne part des autres manifestations morbides du malade, nettement teintées d'exagération, avaient vraisemblablement pour point de départ les troubles réels de l'humeur et du caractère de ce sujet, en sorte que chez lui, la simulation, comme l'exagération subconsciente, avaient leur base et leur explication directe dans des troubles morbides réels préexistants.

Le diagnostic de ces troubles est d'ailleurs resté imprécis :

« Encéphalite fruste ou démence précoce au début à évolution lente. »

Observ. 9. — P..., 22 ans, interné à l'asile Ste-Anne le 6 mai 1930. Son enfance avait été maladive. Tempérament sournois, intelligence réduite. Interné une première fois à Rodez pendant 11 mois en 1929, pour troubles accentués du caractère, préoccupations hypocondriaques et déficit intellectuel. Sorti de l'asile, il vole chez sa grand'mère qui l'avait élevé 20.000 francs en pièces d'or et 15.000 francs en billets. Il s'enfuit à Paris.

Quelques mois plus tard, il est arrêté au moment où il aidait un camarade à pénétrer dans un restaurant pour le cambrioler.

Dès le premier examen, il apparaît comme tout à fait inadapté aux conditions de l'existence à Paris. Satisfaction niaise ; suggestibilité ; fonds de débilité.

Soumis à l'expertise du docteur Truelle, cet expert conclut à :

« Aliénation mentale à forme de démence précoce dissociative « (schizophrénie) avec troubles du jugement et de l'affectivité ; « rumination mentale obsédante, préoccupations hypocondriaques, « automatisme psychique, suggestibilité pathologique. Irresponsa- « bilité. Nécessité de l'internement. »

A l'Asile Ste-Anne, le fonds mental de débilité apparaît évident, mais les préoccupations hypocondriaques ont disparu et l'on ne décèle aucun trouble délirant.

Le cas paraît suspect et le malade est gardé en observation.

Au cours des semaines suivantes, on constate chez lui, par intermittence, des accès d'agitation avec cris, chants, propos incohérents, grandiloquence, discours creux, redondances, irritabilité verbale ne passant pas aux actes, aux réactions violentes, le sujet se contente de mimer une vive colère. Réticence absolue sur ce qu'il a fait de l'argent qu'il a volé. Il élude toutes les questions embarrassantes. Au cours de ses accès d'excitation, entrecoupés de périodes de calme, on a nettement l'impression que le sujet simule des troubles qu'il n'a pas, ou du moins qu'il exagère de façon manifeste les désordres mentaux que peuvent lui suggérer ses tendances morbides.

Néanmoins, l'état psychopathique s'avère de plus en plus, pendant les mois de juillet à novembre, dans le sens d'une démence précoce, à forme hébéphrénique. Discordance mimique, sourires immotivés. Mutisme intermittent ; indifférence ; catatonie.

Le malade est transféré le 27 octobre sur un asile de province.

Les manifestations morbides exagérées de façon plus ou moins consciente par ce sujet correspondent bien au fonds mental du malade et nous paraissent pleinement mériter l'étiquette de sursimulation.

Observ. 10. — L..., entré le 25 avril 1925 à l'asile Ste-Anne. Oncle paternel en traitement pour aliénation mentale. Hérédité éthylique. Convulsions à 18 mois. Tempérament affectueux, mais

vif, emporté. Depuis un an, dit sa mère, il avait changé de caractère, était surexcité, aigri, souvent taciturne, moins affectueux, il se livrait à des impulsions, répandait de l'eau dans la maison, brisait des objets. Parfois, il était pris de crises de rire sans cause, de « rires fous », dit la mère. Il lui arrivait d'insulter ses chefs, il perdit le goût du travail et, au bout de quelques mois, il se mit à boire. En 1924, découragé par la mort de son amie, L... se lança dans la politique et obéit aux suggestions d'un révolutionnaire russe.

Le 19 décembre 1924, ce révolutionnaire lui ordonna de tuer le contre-révolutionnaire russe K..., chauffeur de taxi. L..., qui voyageait beaucoup portait sur lui un révolver. Au moment de tirer sur le chauffeur, il aurait eu une hésitation, puis, l'acte commis, il aurait été, dit-il, dans un état d'égarement qui ne lui permettrait plus de préciser ce qui s'est passé. Arrêté alors qu'il se dirigeait à pied vers Paris. Avant le drame, il avait fait une fugue de deux mois sans aucun motif.

Soumis à l'expertise de MM. Marie, Truelle et Rogues de Fursac, ces experts concluent à : « Troubles mentaux consistant en fabu-« lation, récits imaginaires à caractère romanesque et variable. « Affaiblissement de l'attention. Paramimie. Transformation morale « progressive et profonde, dont le début paraît remonter, d'après « renseignements fournis, à plus d'un an. Tentative criminelle (de « meurtre) impossible à expliquer par des motifs d'ordre normal. « Irresponsable de ses actes. Malade dangereux. A interner. »

Dirigé le 23 avril 1925 sur l'Infirmerie spéciale du dépôt, M. de Clérambault rédige au sujet de L... le certificat suivant :

« Psychose imprécise. Possibilité de démence précoce au début. « Selon toute apparence, *appoint actuel de simulation*. Attitudes « factices devant ses proches. Négations voulues et cherchées. »

A l'entrée du sujet à l'asile Ste-Anne, le docteur Codet note : « Attitudes distraites, réponses imprécises, amnésie alléguée, « aspect d'indifférence affective. Apparence de sursimulation. « Possibilité d'hébéphrénie. A observer. »

Pendant son séjour à l'asile Ste-Anne, L... persévéra longtemps dans ses manifestations d'allure atypique. Le 5 mai 1925, on note un état de semi-mutisme. Le 26 mai 1925, une éthérisation est pratiquée, qui ne fournit pas de résultats probants, mais confirme cependant l'existence d'une amnésie vraie concernant le fait particulier du drame. A diverses reprises, l'exagération voulue de ses troubles semble certaine.

Malgré toutes ces manifestations d'apparence absurde et exagérée, qui, d'ailleurs, prennent fin au début de 1926, l'authenticité du syndrome mental se confirme sous forme d'indifférence affective vraie, de torpeur, d'apathie, d'aprosexie, de demi-désorientation avec conscience d'un état pénible.

Cet état se maintient sans variation jusqu'au 19 novembre 1927, date à laquelle L... est transféré à l'asile de Villejuif.

A sa sortie, le professeur Claude rédige les conclusions suivantes :

« Etat schizomaniaque favorisé par des habitudes d'intempé-
« rance. Activité imaginative à caractère romanesque, l'ayant
« conduit à exécuter une tentative de meurtre, dans des condi-
« tions bizarres, sans but précis et aucun comportement absurde
« par la suite. Dans le service, tenue correcte, sans réactions
« anormales depuis bientôt deux ans. Persistance d'une certaine
« indifférence affective et d'apathie, en rapport, probable-
« ment, avec la constitution schizoïde. Déshabitué de ses tendan-
« ces aux abus de boisson ne serait plus susceptible de réac-
« tions dangereuses. »

Chez ce sujet, les manifestations exagérées, constatées pendant les premiers mois de l'internement, semblent bien constituer une simulation parasitaire qui prenait sa source dans l'imagination morbide du malade.

A bien observer les faits dont nous venons de rappeler brièvement quelques exemples, on se rend compte que ces cas de sursimulation ne correspondent pas tous au même processus mental. Les uns appartiennent à de simples tarés psychiques : débiles, déséquilibrés, pervers constitutionnels, d'autres à de véritables aliénés d'asiles. En outre, les manifestations simulées peuvent être, tantôt l'exagération plus ou moins consciente de la débilité, du déséquilibre congénital ou de la psychopathie avérée, tantôt la création de toutes pièces, dans un but utilitaire, d'un tableau mental indépendant des tares psychiques antérieures. Porot (1) dans son remarquable rapport, a nettement indiqué la nécessité de cette distinction. Par une analyse psychologique très fouillée, il a tenté de démêler la part respective qui revient, selon les cas, à la volonté claire et consciente de tromper et aux tendances morbides. Nous ne saurions rien ajouter à cette étude, mais nous sommes pleinement d'accord avec Porot pour réserver le terme de « sursimulation », trop largement appliqué, parfois, aux faits d'exagération plus ou moins consciente, correspondant exactement aux manifestations psychopathiques antérieures des malades.

Cette distinction présente un intérêt médico-légal évident, car, en cas de délit, la responsabilité pénale du sujet ne saurait être la même, dans l'une ou l'autre catégorie de faits.

---

(1) Porot. — *La simulation des maladies mentales.* Rapports à la 25e Session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes, 1921.

B. Exagération inconsciente

La pathologie mentale est peut-être, de toutes les branches de la science médicale, celle qui a subi le plus de remaniements, qui a suscité le plus de discussions théoriques au cours des dernières années. L'accord ne semble pas être réalisé encore sur les questions de nosologie.

Il s'ensuit que les descriptions symptomatiques afférentes à telle ou telle affection mentale n'ont pas une identité absolue, et que certaines variations subsistent encore dans la symptomatologie adoptée par les différents auteurs, variations qui n'existent guère en médecine générale. Néanmoins, on ne saurait nier les grands progrès récemment accomplis dans l'étude des syndromes psychiques et les tendances à l'unification des théories admises par les différentes écoles. Ces progrès permettent aujourd'hui de préciser assez exactement la symptomatologie de chaque psychose et d'en déterminer les limites. D'ailleurs, si des divergences persistent encore au sujet de la classification nosologique, il ne subsiste guère de variations dans la description des grands syndromes psychiques, dont les manifestations cliniques sont bien établies et connues de tous les praticiens. La pratique psychiatrique courante confirme chaque jour la symptomatologie classiquement admise, et fortifie dans l'esprit du médecin les données séméiologiques qui lui ont été enseignées.

L'expérience personnelle renforçant les descriptions classiques, un tableau clinique nettement délimité se présente à l'esprit du psychiatre, quand il envisage tel ou tel syndrome psychopathique.

Nous ne saurions donc nous étonner qu'un doute surgisse dans l'esprit du médecin quand les syndromes observés dépassent les limites qui leur sont habituellement assignées.

C'est alors que le psychiatre — et *à fortiori* le médecin non spécialisé, — peut penser à une exagération voulue du malade. Il faut pourtant s'attendre à des surprises en clinique, et surtout en matière de maladies mentales, et se rappeler que les symptômes de la maladie peuvent franchir le cadre normal de l'affection, sans qu'il existe de la part du malade, le moindre désir conscient d'exagération, la moindre intention de supercherie utilitaire ou de jeu. C'est à ces cas que l'on peut assigner l'étiquette *d'exagération inconsciente,* ou, mieux encore, *d'apparente exagération.*

Quand on parle d'exagération pathologique, on évoque aus-

sitôt, à l'esprit du psychiatre averti, l'idée de la démence précoce. C'est dans cette affection, en effet, que se rencontrent le plus souvent les manifestations exagérées, qui sont un des symptômes mêmes de la maladie. Nous y reviendrons d'ailleurs, mais nous voudrions montrer auparavant que l'exagération inconsciente peut se manifester dans d'autres syndromes psychiques :

C'est d'abord chez *les débiles mentaux*. La pratique psychiatrique en milieu militaire en fournit de nombreux exemples. Le débile, adapté tant bien que mal à une existence très simple dans son milieu familial, brusquement transplanté, à l'occasion de l'incorporation, dans le milieu militaire, où tout est nouveau pour lui, se trouve perdu, désorienté. Il perd aussitôt le peu de moyens dont il disposait. Il a peur de se tromper, demeure inerte et stupide, et, s'il se décide à agir par crainte de sanctions, fait tout à rebours de ce qu'on lui commande et encourt par là-même la punition qu'il avait redoutée. Trop timide pour demander conseil, trop maladroit pour se tirer d'affaire par lui-même, le voilà bientôt totalement désemparé. Il se réfugie alors dans l'abstention, ne cherche plus à faire effort pour comprendre et pour obéir aux ordres reçus, manque aux appels, reste immobile à l'exercice, garde un silence obstiné aux questions posées ou répond par des pleurs ou par un sourire niais. Son attitude paraît inadmissible aux gradés et même aux médecins, non habitués à de telles manifestations. C'est alors qu'on le taxe de simulation. Les punitions ne font qu'accentuer son attitude et troubler davantage son comportement. Si sa débilité mentale est soupçonnée et s'il est mis en observation à l'infirmerie, en vue d'attendre les résultats d'une enquête faite auprès de sa famille et de ses employeurs civils, on est parfois étonné d'apprendre que ce soldat, désespoir des gradés par son inertie, sa saleté, son apparente paresse, sa maladresse, son attitude stupide ou parfois arrogante, était considéré chez lui comme un bon sujet, docile et travailleur.

Si, pourtant, l'enquête familiale avait été plus approfondie, on aurait appris que ce « bon travailleur » n'était employé qu'à une besogne bien simple, monotone, toujours la même, qu'il n'était jamais sorti de son village, qu'on n'était jamais parvenu à lui inculquer des notions nouvelles. La nouveauté, voilà ce qui le déroute et le plonge dans un état d'apparente stupidité ou d'opposition hostile. Ce n'est pas un exagérateur conscient et utilitaire. C'est un pauvre être déraciné et désadapté.

A l'occasion de chaque période d'incorporation, il nous est donné d'observer un certain nombre de débiles, considérés d'abord comme de simples indisciplinés, animés de mauvais sentiments, paraissant « faire la bête », de parti pris, insensibles aux sanctions et irréductibles.

Faut-il s'étonner que l'accusation de simulation soit plus souvent portée dans l'armée que dans la vie civile ? — Non, et cela pour bien des raisons :

La grande variété des obligations nouvelles auxquelles sont soumis les jeunes soldats, le détail des règlements, parfois trop complexes pour des sujets peu intelligents, les règles strictes de la discipline s'appliquant à chacune de ces obligations, multiplient parallèlement les motifs de sanctions à l'occasion de tout manquement à ces obligations spéciales et à cette discipline nécessaire. Le commandement, — et même le médecin, qui en est l'auxiliaire direct, — ont normalement tendance à considérer ces manquements comme dus au mauvais vouloir, à la paresse, à l'esprit d'indiscipline de ceux qui s'en rendent coupables.

Pour le gradé, qui n'est pas forcément un psychologue averti, et pour le médecin, qui ne possède pas toujours les notions psychiatriques suffisantes, le psychopathe, et, en particulier le débile, exagérateur inconscient, passe aisément pour un simulateur.

Comme le faisait déjà observer le docteur Granjux, au Congrès des aliénistes de Marseille, en 1899, « le commandement trouve dans l'indiscipline une cause si naturelle et expliquant si bien tous les événements, qu'il ne peut se demander s'il y a autre chose ».

La nécessité de la répression immédiate de toute faute contre la discipline s'accommode mal d'une enquête minutieuse sur chaque cas, surtout lorsqu'il s'agit de petits délits qui n'entraînent que des sanctions légères ; et pourtant, ces punitions minimes, dont le débile ne peut saisir ni la nécessité ni le sens, achèvent de dérouter son pauvre esprit; il les considère comme des brimades, et elles le poussent parfois à des réactions subites, telles que le refus d'aliments, la fugue, la tentative de suicide. Nous en avons, par ailleurs, rapporté quelques cas (1). Dans tous les pays, d'ailleurs, les mêmes faits ont été

(1) Fribourg-Blanc. — Le triage des débiles mentaux à l'incorporation dans l'armée. *La Médecine*, N° 5, février 1927. Les débiles mentaux dans le milieu militaire. *L'Hygiène Mentale*, N° 9, novembre 1928. Les sévices dans l'Armée. *Annales de Médecine Légale*, N° 2, février 1930.

observés. Citons seulement, à titre d'exemple, ces deux cas rapportés par Astwatzatourow (1) concernant deux soldats russes punis pour auto-mutilation et considérés comme simulateurs.

Observ. 11 et 12. — Le premier était un débile émotif qui, frappé par le dépaysement et par les sévices d'un gradé, avait pensé plusieurs fois au suicide, puis s'était sectionné la verge avec un rasoir « dans un état de trouble de la conscience ». Il s'agissait, dit l'auteur, d'un « accès de folie émotive impulsive et transitoire avec amnésie totale ».

Le deuxième était, lui aussi, un grand débile qui avait tenté de se pendre à sa sortie de l'hôpital où il avait été traité pour amputation volontaire de l'index gauche. Il avait été accusé d'auto-mutilation dans le but de se faire réformer.

L'examen psychiatrique révéla chez lui un état de dépression mélancolique avec inertie et l'enquête montra qu'il avait été interné avant son service.

Ces réactions sont souvent elles-mêmes considérées comme des manifestations voulues de simulateurs, destinées à effrayer l'entourage.

Le refus d'aliments peut être, en effet, une simple grève de la faim systématique ; la fugue, une banale désertion ; la tentative de suicide, un procédé d'intimidation. Mais il faut se garder de toute généralisation hâtive, car, chez le débile, ces trois ordres de réaction peuvent être déterminés par un découragement subit, par un accès de dépression, et si, la plupart du temps, la tentative de suicide avorte chez ces malades, c'est plus en raison de la maladresse du sujet que de son manque de conviction. Il n'y a donc bien dans ces faits qu'*une apparente exagération.*

Syndrome hypocondriaque. — Quand la débilité se complique de « *préoccupations hypocondriaques* », les plaintes par lesquelles le malade manifeste sa nosophobie revêtent parfois un tel caractère d'exagération qu'on peut penser à des troubles simulés. Antheaume et Mignot (2) ont justement signalé que les obsessions hypochondriaques sont d'observation particulièrement fréquentes chez les dépaysés :

« Elles apparaissent souvent chez de jeunes soldats et les

(1) Astwatzatourow. — La Psychopathie de l'Auto-Mutilation dans l'Armée Russe. *Journal de Médecine Militaire de la Russie*, T. CCXXXIX, janvier 1914.

(2) A. Antheaume et R. Mignot. — *Les Maladies Mentales dans l'Armée Française*, 1 vol., Delarue, édit., 1909.

« exposent à des punitions lorsqu'elles sont confondues avec « la simulation, confusion aisée lorsqu'il s'agit de débiles qui « ne savent pas s'analyser, ni exposer au médecin leur état « d'esprit. »

Observ. 13. — Ces auteurs rapportent le cas d'un débile hypocondriaque qui se plaignait de malaises divers, mal expliqués, et qui ne fut pas reconnu malade. De désespoir, il alla s'enivrer, rentra en retard, et fut puni. Il insulta le sergent, mais son capitaine finit par le faire hospitaliser et le malade fut interné. A l'asile, il exagéra son délire hypocondriaque par suggestibilité de débile, éveillant, même dans ce milieu spécialisé, l'idée d'une simulation. Mais, ce n'était chez ce sujet qu'une « réaction identique à celles de tous les débiles atteints du délire de zoopathie ». Bientôt, il réclamait une laparotomie.

« Tous les hypocondriaques, disent ces auteurs, acceptent « volontiers les suggestions cadrant avec leurs idées déliran« tes. De même : ils ont tous tendance à exagérer leurs plain« tes dès qu'on s'intéresse à eux. » Nous sommes bien, là encore, sur le terrain de l'exagération pathologique.

⁂

Il est des cas où le médecin est entraîné à penser à l'exagération et à la simulation, en raison même de l'importance des réactions du sujet, réactions parfois subites, qui surprennent l'entourage, étant donné le comportement antérieur de l'individu. Tel est le cas de cet imbécile signalé par Pactet et Colin (1), qui fit une tentative de meurtre dictée par des idées de persécution et des préoccupations mystiques très accentuées. Le médecin expert, auquel la nature morbide de ces idés délirantes avait échappé, avait considéré cet imbécile comme un simulateur, et l'avait déclaré pleinement responsable.

Manie. — Il peut en être de même dans certains cas de *manie aiguë,* où l'excitation du sujet peut paraître exagérée et surfaite. Mais, dans cette affection, dont la symptomatologie ne prête guère à discussion, le soupçon de simulation est plus rare et ne vient guère à l'esprit du médecin qu'en cas de délits commis par le malade.

---

(1) Pactet et Colin. — *Les Aliénés dans les prisons. Aliénés méconnus et condamnés.* 1 vol., Masson, édit.

Mélancolie. — La mélancolie fait penser plus souvent à des troubles exagérés ou franchement simulés, car l'apathie du malade, son inertie, son mutisme, contrastant avec un état antérieur normal, font croire à de l'entêtement et à de la mauvaise volonté.

Les tentatives de suicide de certains mélancoliques ont elles-mêmes parfois une présentation ridicule, et paraissent simulées lorsqu'elles ne sont pas poussées à bout (simple égratignure du sujet qui voudrait s'ouvrir les veines). L'inexécution totale du suicide ne tient cependant, dans ces cas, qu'à la faiblesse de la volonté du mélancolique, incapable d'agir et replié sur sa douleur morale intérieure.

Epilepsie. — Chez les épileptiques, les troubles de l'humeur et de la conduite intermittents, la paresse passagère et épisodique, l'inattention à éclipses, peuvent donner l'impression de manifestations voulues, en raison même de leur intermittence.

Mais, dans ces derniers cas, il ne s'agit pas, à vrai dire, d'exagération inconsciente du syndrome morbide de la part du malade, mais d'erreur de diagnostic de la part du médecin.

⁂

Démence précoce. — Dans la *démence précoce*, l'apparente exagération du tableau clinique nous paraît liée à la fois à la symptomatologie de la maladie en cause et à l'appréciation portée par l'observateur sur des manifestations dont le caractère morbide échappe à ce dernier.

Tous les auteurs ont insisté sur ce tableau clinique bizarre, déroutant, de l'hébéphrénie, et sur les nombreuses erreurs de diagnostic commises à propos des malades atteints de cette affection. Il n'est pas, en effet, de psychopathie qui prête davantage au soupçon de simulation. Ce qui frappe, avant tout, chez le dément précoce, c'est le caractère d'exagération de toutes les manifestations, qu'il s'agisse de la mimique, des gestes, du langage ou du comportement général.

Tout, dans l'attitude du malade, paraît surfait, volontairement ridicule et outré. C'est un véritable tableau de comédie. Les gestes sont dysharmoniques, automatiques, stéréotypés, sans variations logiques. Le sujet a l'air de faire le pantin. La mimique est grotesque, inadéquate, et le malade paraît faire exprès de se moquer du médecin. Le langage paraît affecté, à la fois dans son articulation, dans le timbre de sa voix, dans la tonalité, tantôt solennelle, tantôt chuchottée, tantôt

zézayante, tantôt gutturale, et rappelant souvent, dit Régis, « le ton d'un comique cherchant à exciter le rire ». C'est une phraséologie dénuée de sens, d'apparence emphatique, une répétition incessante des mêmes mots (réaction de persévérance de Neisser), un parler « petit-nègre », une association bizarre de mots par assonance, par coq-à-l'âne, s'effectuant sous une forme qui paraît toujours prétentieuse et affectée.

Parfois, c'est de l'écholalie, par répétition de paroles entendues. Et, souvent, un mutisme complet faisant suite, chez le sujet, à cette phraséologie anormale. Nous reviendrons plus loin sur une forme assez particulière des troubles du langage, dans la Démence Précoce, qui peut, elle aussi, faire penser à la simulation. C'est le symptôme des réponses à côté (symptôme de Ganser). Mais, pour nous en tenir, tout d'abord, aux manifestations d'apparence exagérées, nous voyons que la démence précoce offre, à cet égard, un tableau typique.

Le comportement de l'hébéphrénique vient corroborer cette impression de mystification. Le malade urine ou gâte sous lui, en présence du médecin. Il paraît mimer parfois des réactions agressives et se tenir tranquille quand il n'est pas observé. Il s'oppose aux ordres donnés, et pourtant, manifeste une étonnante suggestibilité. Il fait des dessins grotesques, qui semblent systématiquement destinés à prouver qu'il n'a pas sa raison.

Comment donc, en présence d'un tel tableau, ne penserait-on pas à la simulation ? Pourtant, si l'erreur est excusable, elle n'implique pas moins la nécessité d'une observation soigneuse et prolongée de pareils malades, car les conséquences médico-légales d'un diagnostic de simulation hâtivement porté peuvent être graves pour le sujet. Bien des auteurs ont attiré l'attention des experts à cet égard. Ducosté, entre autres (1), dans son étude consacrée aux fugues dans la démence précoce, en analysant le mécanisme psychologique de ces « accès de vagabondage sans motif », provoqués, tantôt par l'instabilité, tantôt par l'impulsivité, tantôt par le déficit intellectuel ou par la démence avérée, montre que, bien souvent, et parfois pendant un temps assez prolongé, la nature morbide de ces troubles échappe à la famille et au médecin, et il en conclut que, « de tous les aliénés, les déments précoces sont les plus « fréquemment accusés de simulation. La bizarrerie de leurs

(1) Maurice DUCOSTÉ. — « Les fugues dans la démence précoce ». *L'Encéphale*, N° 6, 25 novembre 1906.

« attitudes, l'incohérence de leur langage, leurs néologismes, « leurs allures de « fous de théâtre », incitent fortement, si « l'on n'est prévenu, à commettre cette erreur. Erreur « fâcheuse et dont on doit bien se garder. Classer un dément « précoce parmi les hystériques ou les dégénérés (comme il « y en a beaucoup d'exemples) peut n'avoir, au point de vue « médico-légal, qu'une importance minime. Mais, considérer « les diverses et mobiles manifestations de la Démence Pré- « coce comme des tentatives d'une simulation, généralement « très maladroite et facile à dépister, c'est aggraver, pour « les malades, les conséquences d'une responsabilité qui « n'existe pas ».

A l'appui de ces considérations, nous pourrions rapporter de nombreuses observations cliniques. Mais, pour ne pas surcharger ce rapport, nous n'en reproduirons que trois, qui nous paraissent tout particulièrement intéressantes et typiques.

OBSERV. 14. — M. Hesnard rapporte, dans le « Caducée » du 1er juillet 1911, l'observation que nous résumons ci-après (1) :

« X..., soldat de 23 ans, à antécédents incertains, présentant « depuis quelque temps des troubles de l'humeur et du caractère, « est mis en observation à l'hôpital, après avoir été soupçonné « de simulation par les médecins qui l'observèrent au début de sa « maladie. A l'hôpital, il se présente avec un facies habété, et, par « crises, tourmenté de grimaces, de tics, de mouvement des lèvres, « des yeux, du nez, etc..., gestes ridicules ou comiques, *comme « voulus.* Agitation sans but, *très analogue à celle d'un simulateur.* « Actes illogiques : veut sortir du lit, renverse sa nourriture, « refuse d'uriner, tire sa langue au médecin... » L'hypothèse de simulation, formulée par les premiers médecins, parut même plausible au début à ceux qui virent le malade à l'hôpital. « Il est à « remarquer que les manières, les tics, les actes absurdes, l'exci- « tation désordonnée, par crises, qui donnaient assez bien « l'impression de « charger » un tableau clinique imaginé et « volontairement réalisé, augmentaient de façon frappante quand « un observateur se faisait voir discrètement, même de loin, du « malade. Mais, l'attention des médecins militaires a été suffisam- « ment attirée sur les symptômes cardinaux de l'excitation cata- « tonique pour qu'un pareil doute puisse subsister longtemps « dans leur esprit. » Le diagnostic de démence précoce fut donc nettement formulé. Le malade présenta bientôt un état de confu-

(1) HESNARD. — Sur la mort rapide au début de la Démence Précoce. Considérations cliniques et médico-légales militaires. *Le Caducée*, 1er juillet 1911.

sion mentale aiguë, survenu au milieu de complications cardio-pulmonaires, et la mort survint par endocardite infectieuse et méningo-encéphalite.

M. Hesnard, à propos de ce cas, attire l'attention sur la mort rapide au début de la démence précoce. Il souligne le fait que ce malade a été longtemps méconnu de ses camarades et de ses chefs et que son cas a eu la terminaison la plus malheureuse qu'il pouvait avoir, car les conséquences les plus graves auraient pu en survenir, au point de vue des responsabilités. On n'a pas manqué, en effet, à propos de ce malade, de rappeler les brimades qu'il avait subies au régiment et de les déplorer hautement, comme la cause de la folie et de la mort de l'infortuné soldat. En réalité, elles ont été beaucoup plus l'effet que la cause de sa maladie.

L'observation qui suit présente, en ce qui concerne le titre de notre rapport, la valeur d'une *observation princeps,* car, c'est à son sujet que M. Hesnard a proposé, pour dénommer le syndrome psychopathique en cause, le terme jusqu'alors inusité de « *fausse simulation* » de troubles mentaux.

Observ. 15. — M. Hesnard (1) expose le cas d'un soldat considéré comme normal jusqu'alors au point de vue psychique, qui, à la suite d'une opération d'abcès de la marge de l'anus, était amaigri, obsédé, et qui fut hospitalisé en août 1913, pour agitation délirante et idées de persécution. Le diagnostic de « démence précoce avec syndrome de Ganser » fut alors porté par M. Hesnard, avec quelques réserves au sujet d'une « simulation à la rigueur possible ». Le chirurgien, d'autres médecins et les infirmiers étaient persuadés que le sujet simulait la folie.

Sa famille elle-même s'efforçait d'obtenir de lui les raisons qu'il pouvait avoir de simuler. Trois semaines après, le malade tombait en état de stupeur, puis de démence précoce catatonique, et il mourait de granulie trois mois plus tard (Hesnard signale à ce sujet l'association fréquente de la tuberculose et de la démence précoce).

« Pendant les vingt premiers jours de l'hospitalisation, le ma-
« lade avait présenté un état mental des plus intéressants, caracté-
« risé par une *apparence de simulation volontaire de troubles men-*
« *taux,* manifestée au milieu de nombreux symptômes purement
« négatifs : ni démence, ni excitation, ni dépression, ni confusion
« mentale, ni aucun des grands syndromes mentaux. Quelques
« idées de persécution pouvaient elles-mêmes passer pour simu-
« lées. Il manifestait une sorte d'enchaînement d'apparence auto-

(1) Hesnard. — Un cas de fausse simulation de troubles mentaux chez un aliéné militaire. *Le Caducée*, 24 janvier 1914.

« matique des idées et des mots assez analogue au type maniaque. « Quand il retombait dans son incohérence, les symptômes psychi- « ques paraissaient exagérés, absurdes à souhait, comme voulus. « Son sourire narquois, ses réponses « à côté » de la question, « semblaient indiquer qu'il l'avait comprise. Un certain embar- « ras, même, à quelques questions, un sourire gêné qui le prenait « alors, une hésitation manifeste avec laquelle il cherchait alors « des phrases grandiloquentes, vides de sens, rendaient son atti- « titude objectivement semblable à celle d'un simulateur qui « charge son rôle. L'inégalité des réponses faisait songer fré- « quemment aux fautes involontaires du simulateur et révélait par « instant la conservation parfaite de certaines fonctions comme « la mémoire, l'attention, etc... Lorsqu'on lui parlait avec sévérité « et brutalité, il paraissait troublé, répondait plus correctement, « semblait craindre de se compromettre en allant trop loin dans « l'absurdité. L'incohérence, les manières bizarres commençaient « dès qu'on l'interrogeait, même dès qu'on ouvrait la petite grille « de sa chambre. Les grimaces, les sourires disparaissaient lors- « qu'il se croyait seul, reprenaient dès que son regard rencontrait « celui de l'observateur.

« Pourtant, dit Hesnard, nous n'avons pas hésité à porter le « diagnostic de démence précoce, en raison de ses préoccupations « hypocondriaques antérieures, de l'expression égarée de son « regard (le simulateur a le regard fuyant ou lucide), de l'écho- « mimie, du syndrome de Ganser représenté par le symptôme des « réponses absurdes.

« Ici, le symptôme des réponses approximatives, équivoques, en « coq-à-l'âne, comme voulues absurdes, se rencontre à l'état « essentiel, dissocié des symptômes très apparents, comme l'état « crépusculaire ou confusionnel, les troubles amnésiques, hysté- « roïdes, qui l'accompagnent habituellement au cours de l'hysté- « rie, de la démence précoce, etc...

« Ce syndrome de Ganser, apparu comme première manifesta- « tion d'une psychopathie catatonique, dans une mentalité encore « très peu atteinte, devait induire en erreur tous les observateurs « non avertis. Il constituait cependant un des symptômes de cette « psychopathie. »

Hesnard tire de cette observation les conclusions suivantes:

« Les signes que nous avons énumérés plus haut pourraient « être réunis au symptôme des réponses absurdes, pour cons- « tituer un syndrome essentiellement caractérisé par *l'appa- « rence de la simulation,* comme symptôme initial d'une psy- « chopathie. On pourrait décrire ce syndrome, dont le signe « de Ganser ne constitue qu'un des éléments, sous le nom de « syndrome de *fausse simulation des troubles mentaux* au « début de la démence précoce. »

Dans cette observation si intéressante, Hesnard a délimité la part qui revient, dans le tableau de la fausse simulation, au symptôme de Ganser. Nous reviendrons plus spécialement, tout à l'heure, sur l'étude de ce symptôme.

Observ. 16. — Haury rapporte au Congrès de Médecine Légale (Paris, Mai 1914) (1) le cas d'un dément précoce catatonique, convaincu de simulation de cécité et accusé de simulation de troubles mentaux. Jeune soldat de la classe 1913, ce sujet prétendait qu'il n'y voyait pas assez pour se conduire.

Il faisait des chutes étranges, se blessait en tombant.

L'examen oculaire était normal. D'après enquête de la gendarmerie, sa vue avait toujours été bonne. Certains certifiaient qu'il simulait pour se faire réformer, de connivence avec ses parents, qui étaient venus demander de témoigner dans un sens favorable à leur fils. L'oculiste militaire conclut à une « *simulation grossière de cécité* », opinion confirmée par un oculiste civil. Les lettres des parents semblaient prouver péremptoirement une supercherie concertée.

Il existait, de plus, de nombreuses contradictions dans les dires et le comportement du sujet. Mauvaise volonté, refus d'obéissance, inertie. Lecture en cachette sous ses draps des lettres de ses parents qu'il avait auparavant froissées et jetées. Bientôt il parait simuler des troubles mentaux : mutisme, refus d'aliments, attitude figée, catatonie. Puni de prison pour « extrême inertie à l'exercice ».

Le médecin du régiment, impressionné par l'opinion de l'entourage, pense à la simulation, mais, par prudence, hospitalise le sujet pour examen mental. Au service de psychiatrie, le malade se présente en état de stupeur catatonique manifeste : opposition, négativisme absolu. Etat invariable pendant un mois et demi. Absence de toute réaction émotionnelle et d'idéation. Il est réformé et interné.

Haury conclut : « Il y a donc lieu de ne pas oublier qu'à « côté de la vraie, il y a ce qu'on pourrait appeler la « *fausse* « *simulation* », et qu'il y a des aliénés qui donnent tout à fait « l'impression de simulateurs. » Ces conclusions sont appuyées par Simonin et Granjux.

Pithiatisme mental et délire d'expression. — A ce groupe important des manifestations psychopathiques, que nous avons rassemblées sous le titre d' « exagération inconsciente », peut se rattacher une catégorie de troubles que nous

(1) Haury. — *La fausse Simulation.* Congrès de Médecine Légale, Paris, 25-28 mai 1914. Discussion de Simonin et Granjux.

ne saurions passer sous silence ; ce sont les troubles relevant des formes mentales du pithiatisme.

L'Hystérie, après avoir occupé, au siècle dernier, une place considérable en psychiatrie, où elle était invoquée dans la pathogénie de bien des syndromes mentaux, semble avoir été brusquement rayée de la nosologie psychiatrique moderne. Seules les formes neurologiques du pithiatisme, nettement identifiées par Babinski, semblent encore conserver droit de cité, au détriment des manifestations psychiques de la grande névrose. Ces manifestations auraient-elles donc complètement disparu, du fait d'une conception nouvelle de l'Hystérie, et la « Grande Simulatrice » n'aurait-elle été qu'une fiction ou ne serait-elle plus capable de provoquer les troubles autrefois observés ?... En vérité, cette affection paraît avoir bénéficié de trop de célébrité et connaître aujourd'hui trop d'oubli. L'hystérie existe toujours. Babinski l'a réduite à ses justes proportions, au point de vue de ses manifestations neurologiques. Mais il s'est limité à l'étude de ces manifestations, et n'a point prétendu empiéter sur le terrain de la psychiatrie. Peut-être certains des contradicteurs de Babinski ont-ils, à cet égard, outrepassé les déductions de la doctrine du grand neurologue et se sont-ils trop hâtés de formuler au sujet de cette doctrine des critiques injustifiées.

Ce que Babinski a démontré, quant aux manifestations neurologiques du pithiatisme, reste strictement exact. Ce sont là, en effet, des troubles fonctionnels provoqués par la suggestion et curables par la suggestion. Mais cette constatation n'interdit pas l'étude du fonds mental des sujets capables de pareilles manifestations. Ne fait pas des troubles pithiatiques qui veut. Il y faut une disposition mentale particulière, et l'on ne saurait assimiler de façon complète le pithiatisme à la simulation.

Cette distinction entre le pithiatisme et la simulation a été clairement exposée par Porot, dans son remarquable rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes (1). Cet auteur, étudiant le fonds mental des pithiatiques, élargit le problème de la simulation et montre à quel point la solution de ce problème est délicate. Cette solution fait appel à l'étude de la sincérité, si difficile à déterminer. Porot rappelle, à cet égard, le mot de Vauvenargues : « Nous nous trompons nous-mêmes pour tromper les autres », et montre qu'il existe toute une série de degrés dans la sincérité.

---

(1) Porot. — *Loc. cit.*

Dans la vie normale, l'expression extérieure qu'un sujet donne à ses sentiments ne correspond pas toujours à la réalité intime de ces sentiments. Dans l'étude de la psychologie pathologique, il en est de même, et Porot montre qu'il importe d'étudier les deux termes suivants :

« Le psychisme vrai, intérieur, le fonds mental, d'une part, « et l'usage plus ou moins adéquat à cette vie intérieure que « le sujet fait de ses facultés d'expression, d'autre part, qu'il « s'agisse des attitudes, de la mimique, des gestes, du langage, « de l'écriture, bref, de tous les moyens par lesquels il entre en « communication avec son entourage. »

L'étude du fonds mental des sujets montre que certains individus sont particulièrement entraînés par leur tempérament à l'exagération ou à la simulation.

L'étude des désordres de l'expression constitue le fait capital dans la valeur relative de ces désordres et dans les rapports qu'ils peuvent garder avec l'état psychique sous-jacent.

Ces considérations ont conduit Porot à étudier, en collaboration avec Hesnard (1) la *sémiologie des troubles de l'expression.* Ces auteurs ont montré que « la mimique, l'expression, « ont leurs « désordres fonctionnels », qui ne traduisent pas « toujours une atteinte du psychisme sous-jacent et qui peu- « vent n'être que des dérèglements passagers et superficiels de « la mimique normale ». Ils ont créé le terme de « *délire d'expression* », correspondant à ces grands désordres expressionnels faits de « discordances ou de dysharmonies mimiques ou d'inadéquation de la mimique au fonds mental réel ».

Ces désordres peuvent s'observer dans bien des cas psychopathiques (débilité mentale, déséquilibre, démence précoce, simulation vraie), mais ils sont particulièrement fréquents dans le pithiatisme, où la suggestibilité du sujet joue un rôle capital dans leur éclosion.

La dernière guerre a offert aux psychiatres un vaste champ d'observation, en ce qui concerne les troubles psychopathiques consécutifs aux traumatismes, aux fatigues et aux émotions du champ de bataille. Parmi ces troubles, les syndromes pithiatiques ont tenu une large place.

Hesnard (2), dans un rapport richement documenté, présenté

---

(1) Porot et Hesnard. — « L'Expertise mentale militaire », p. 121. Masson, édit.
Comptes-rendus du Centre Neuro-Psychiatrique de la XIX Région. (*Revue de Neurologie*, novembre-décembre 1916).

(2) Hesnard. — *Le Pithiatisme à forme psychique.* (Pseudo-psychoses hystériques de guerre). Rapport à la réunion des chefs de Secteur de l'Afrique du Nord, 1917.

en 1917 à la réunion des chefs de secteurs de l'Afrique du Nord, a bien mis en lumière l'existence de ce pithiatisme à forme psychique de ces pseudo-psychoses hystériques de guerre :

« Ces pseudo-psychoses, dit-il, sont aux vraies psychoses, aux confusions mentales de guerre, ce que la contracture ou la paralysie hystérique sont aux lésions nerveuses de la commotion ou de la blessure. » « L'hystérie simule la psychose, comme elle simule toutes les maladies physiques, les maladies nerveuses particulièrement. »

Le pithiatisme dans ses formes mentales revêt les aspects cliniques les plus divers, correspondant à l'idée que chaque malade peut se faire de la folie. Hesnard a groupé ces divers types d'après l'expression mimique des sujets :

« Pseudo-stupeur et stupidité. — Pseudo-catatonie. — Pseudo-discordance émotionnelle. — Pseudo-confusion mentale. — Pseudo-manie et mélancolie. — Pseudo-délire. — Pseudo-régression de la personnalité (puérilisme). » Il existe souvent chez le même sujet une intrication de ces différents types cliniques ou une succession de ces diverses manifestations.

Ce qui distingue essentiellement ces pseudo-psychoses des états correspondants authentiques, c'est leur curabilité par simple suggestion. Mais il existe très fréquemment une association de manifestations pithiatiques et de troubles psychopathiques vrais.

Les émotions de guerre, si elles sont incapables de créer à elles seules des accidents pithiatiques, renforcent, comme l'a montré Dumas, le développement de la suggestibilité, et favorisent l'éclosion ultérieure de phénomènes hystériques, d'où l'association fréquente du pithiatisme et d'une psychose émotionnelle. Toutes les associations peuvent se rencontrer, et l'on peut voir aussi la suggestibilité pithiatique intervenir dans la persévération d'une psychose vraie, après guérison de cette psychose, pour constituer ces états morbides pour lesquels Porot a proposé l'étiquette de « *métasimulation* ».

Dans tous ces troubles pithiatiques, les manifestations extérieures jouent un rôle de premier plan, et il importe de les différencier du fonds mental. C'est ce que Hesnard a bien établi dans son rapport :

« On pourrait donc considérer toutes les maladies mentales
« sous un aspect clinique nouveau, qui consisterait à différen-
« cier du bloc des symptômes directement en rapport avec le

« trouble psychique fondamental (excitation, dépression, « confusion, délire, etc...) un élément clinique artificiel et « surajouté, en relation avec l'auto et l'hétéro-suggestion, et « non primitivement déterminé par la psychose : le « *trouble* « *de l'expression* ».

« Les aliénés, avant d'être déments, se présentent sous une « autre physionomie clinique, suivant les influences multiples, « naturelles ou psychothérapiques de l'entourage. Ils emprun- « tent, suivant le milieu, une personnalité qui n'est pas le « reflet sincère de leur véritable individualité, en vertu du « phénomène biologique dont la psychologie normale de la « femme, de l'enfant, du primitif, des collectivités, des « conventions sociales, etc... nous offre, par ailleurs, des exem- « ples.

« Si bien que, de même qu'on a, avec juste raison, isolé, en « sémiologie psychiatrique, de grands processus pathologi- « ques tels que l'hallucination, l'interprétation, l'imagination, « etc..., il serait utile de décrire un « *délire d'expression* », « fréquent dans beaucoup de maladies mentales, parfois « essentiel (*hystérie, pithiatisme mental*), soit, le plus souvent « symptomatique, associé ou secondaire (hyperémotivité, « confusion mentale, bouffées délirantes, débilité mentale, « démence précoce, etc. »

L'influence du milieu, mise ici en vedette par Hesnard, dans l'éclosion des délires d'expression, est particulièrement nette en milieu militaire, où l'on voit apparaître si souvent, par contagion et par suggestion, des manifestations pithiatiques.

Cette différenciation nettement établie entre les psychoses vraies par altération du fonds mental et les phénomènes pithiatiques, superficiels et curables par suggestion, doit-elle nous conduire à assimiler l'hystérie à la simulation ? La question a été bien souvent posée, et les observateurs y ont répondu différemment, suivant leurs tendances (l'appréciation de la conscience et de la sincérité étant purement subjective et relative, comme le fait remarquer Porot). Logre considère l'hystérie comme « l'équivalent inconscient de la simulation ».

La nature morbide du pithiatisme semble bien prouvée aujourd'hui par les faits. Les tendances utilitaires sont loin d'être la règle dans le déclanchement des troubles pithiatiques, qui vont bien souvent à l'encontre des meilleurs intérêts des malades. La suggestibilité, la « mythoplasticité » des sujets revêt un caractère incontestablement morbide, et nous adopterons la définition proposée par Hesnard :

« L'hystérie est une névrose en vertu de laquelle le sujet,
« prédisposé par une plasticité particulière de son système
« nerveux, tend à exprimer *inconsciemment* une auto ou une
« hétéro-suggestion, sous une forme corporelle (mimique,
« langage, mouvement, perception sensitive, etc...) très varia-
« ble, d'après son milieu et ses croyances. »

D'ailleurs, comme le fait judicieusement observer Porot :

« Il faut faire les plus expresses réserves sur le sort évolu-
« tif des pithiatiques. La plasticité pithiatique suppose sou-
« vent un fonds mental fragile, vulnérable, propre à d'autres
« accidents. D'autres fois, elle n'est bien souvent qu'un pro-
« drome, un petit signe d'avant-garde d'une pyschose disso-
« ciative de la personnalité. »

La réelle difficulté réside à différencier l'hystérie de la simulation consciente et voulue. Le diagnostic ne peut se faire que par une étude minutieuse de l'état mental de chaque sujet.

Il y aurait donc une erreur grave à confondre l'apparente exagération du pithiatique avec la simulation. Les conséquences médico-légales d'une telle erreur doivent être soigneusement évitées.

II. — FAUX AVEUX

Il peut arriver que le soupçon de simulation paraisse confirmé par des aveux du sujet lui-même, bien qu'il s'agisse d'un malade authentique. On est alors en présence d'un cas de *faux aveux.*

Le fait est plus fréquent qu'on ne pourait le penser. Les faux aveux sont généralement liés à la *suggestibilité,* c'est pourquoi on les rencontre dans les cas de débilité mentale, dans certains états confusionnels ou dépressifs, et surtout dans la démence précoce.

Le débile, comme l'enfant, peut être conduit à avouer des fautes qu'il n'a pas commises, soit par crainte de représailles, soit par timidité morbide, le malade tremblant devant l'autorité d'un observateur qui le subjugue, soit par manque de discernement, le débile acceptant sans discussion ce qu'on lui propose, soit par lassitude, le sujet, incapable de se défendre d'une accusation, redoutant l'effort et acceptant tout pour en avoir fini avec un interrogatoire qui le fatigue. Il ne se rend d'ailleurs pas compte des graves conséquences qui peuvent résulter pour lui de ses faux aveux.

Le déprimé, le confus, peuvent être conduits de même à

accepter, par lassitude ou par obtusion des moyens de contrôle et de défense, ce qu'un enquêteur tendancieux leur suggère.

Voici un cas, rapporté par Haury, où l'état confusionnel, joint à une débilité mentale accentuée, provoqua de faux aveux qui auraient pu entraîner de sévères sanctions (1) :

Observ. 17. — X..., du N^{ième} Régiment de Zouaves, avait depuis longtemps la réputation d'un mauvais soldat, paresseux, indifférent, sale et paraissant doué d'une mauvaise volonté constante. Un soir, il quitte sans motif le camp où il était caserné, et reste plusieurs jours à errer dans les bois avoisinants. Il est porté déserteur, mais bientôt il rentre au camp de lui-même, couvert de boue, dépenaillé, l'air absent, le visage inexpressif, d'une docilité extrême, se laissant conduire, asseoir, paraissant indifférent à tout, ne répondant que machinalement aux questions et seulement par « oui » et par « non », qui tombaient comme ils pouvaient aux questions fréquemment posées. Il était nettement désorienté dans le temps et dans l'espace. Cette attitude parut outrée, et étant donnée la fâcheuse réputation du sujet, il fut soupçonné de simulation. Interrogé par son lieutenant, ce dernier croyait avoir obtenu l'aveu de toute sa conduite et rétabli l'histoire de sa désertion, car le délinquant avait répondu affirmativement à toutes les questions tendant à lui faire avouer une fugue volontaire et bien réfléchie. Mais, le médecin consulté montra que ce sujet était incapable de répondre à des questions précises. Il ne savait que dire « oui » et « non ». Le fait fut clairement démontré par un interrogatoire de son commandant, qui, sur les conseils du médecin, inventa de toutes pièces une histoire à laquelle le faux simulateur répondit invariablement par oui et par non.

D. — Vous aviez une femme à Lyon ? R. — Oui.

D. — Elle habite rue de la République ? R. — Oui.

D. — Au n° 56 ? R. — Oui.

D. — Vous étiez chez elle ? R. — Oui.

D. — Elle s'appelle Jeanne ? R. — Non.

Et le commandant construisit ainsi, à son plus grand étonnement, un roman complet qui l'édifia sur la nature morbide des pseudo-aveux du sujet.

Sans l'intervention du médecin, il est probable que ce malade eût été maintenu en prison au lieu d'être envoyé à l'hôpital.

Chez les déments précoces, c'est la suggestibilité, si particulière à ces malades, qui fait naître le faux aveu. Le cas suivant en est un exemple bien caractéristique :

(1) Haury. — *Loc. cit.*

OBSERV. 18 (Personnelle). — R..., Georges, 21 ans, soldat au Nieme Régiment colonial.

Pas d'antécédents psychopathiques connus. Est hospitalisé d'urgence au service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce, le 1er mars 1926, sous le diagnostic « En observation pour état démentiel apparent ».

Le caporal infirmier qui l'amène de son corps à l'hôpital, raconte que R... manifeste des troubles mentaux bizarres depuis 2 jours... Il a été désigné tout récemment pour partir au Maroc. Un rapprochement a été fait par les gradés et par ses camarades entre cette désignation pour un théâtre d'opérations de guerre et l'apparition soudaine, chez lui, de troubles mentaux, et on l'a soupçonné de simulation. Le 28 février, au matin, il est sorti en ville avec quelques camarades, est entré en leur compagnie dans un café et, à peine attablé, est sorti précipitamment en faisant claquer la porte.

Il n'est rentré que l'après-midi au quartier, paraissant agité, énervé, refusant de donner l'emploi de son temps depuis sa sortie du café. Dans la soirée, il est sorti à nouveau, sautant par-dessus la grille de la caserne, en tenue débraillée. Arrêté par le chef de poste, il est ramené dans sa chambre, où il a une violente altercation avec un caporal, qui le fait conduire à la salle de police où il passe la nuit à gesticuler et à proférer des paroles incohérentes. A son entrée à l'hôpital, l'agitation persiste, le malade pousse des cris inarticulés et répète : « Je suis fou, je suis fou. »

Le lendemain matin, cette agitation s'apaise un peu, mais le sujet présente une attitude étrange, l'air égaré, hébété, ne répondant pas aux questions et déclarant à diverses reprises : « On m'a possédé, on m'a endormi, j'ai été refait. »

La journée se passe en attitudes bizarres, en gesticulations désordonnées et en paroles sans suite.

Le jour suivant (2 mars), à la visite du matin, le sujet est très réticent, on a l'impression qu'il ne sait quelle attitude prendre.

Il tourne le dos à l'assistance et ne répond pas. Puis, il parle à la cantonade, déclarant tour à tour qu'il est dans une chambre d'isolement depuis sa première enfance et qu'il appartient au Nieme Régiment d'Infanterie coloniale. Par intervalles, il s'écrie : « On m'a eu, c'est pas la peine de cacher. Je vais tout avouer. C'est les prêtres. On m'a endormi. » A la vue de l'infirmière de service, il dit : « Ah, maman, bonjour, maman. » Puis, se ravisant : « Mais non, je vois bien, on m'a eu. C'est pas elle... »

Dans l'après-midi, état d'agitation extrême. Il est tout nu, s'agenouille sur son lit, se tord les bras dans un geste de désespoir, prend une mimique dramatique, se précipite à terre et dit : « Pardon, je vais tout avouer, mais il faut me grâcier ; c'est les curés. »

Il sanglote, puis reste bouche-bée, pousse des plaintes ininterrompues, se roule à terre, fait des cabrioles, se cache la tête dans

ses draps, déchire son matelas, se mouche dans ses doigts. On lui donne une compresse. Il l'emploie à nettoyer sa verge qu'il tire en disant : « Oh ! c'est les curés..., je suis fou... »

Il refuse les aliments et les répand sur son lit, émiette son pain et jette les débris à travers sa chambre.

Le 3 mars, même attitude. Mêmes réponses incohérentes. Regard fixe et stupide. Il souille son lit d'urines et de matières en plein jour. Il brise un thermomètre et donne un coup de poing à une infirmière. Le soir, à l'heure du repas, il jette son assiette à la tête d'un malade qui venait le servir.

Nous émettons l'avis qu'il s'agit d'un syndrome hébéphrénique. Néanmoins, l'extravagance des actes de R... laisse planer un certain doute. Ce jour-là, nous profitons de la visite, dans notre service, d'un médecin des asiles de la Seine, pour lui demander son avis sur le malade. Nous le mettons en présence du sujet qui gesticule, crie, prend des attitudes grotesques. Notre confrère observe R..., l'interroge et nous déclare après réflexion, qu'à son avis, il s'agit d'un simulateur.

Impressionnés par cet avis émanant d'un psychiatre très expérimenté, nous tentons alors de dépister cette simulation en employant la méthode brusquée, et, le lendemain matin, en entrant dans la chambre de R..., nous engageons, sans préambule, le dialogue suivant :

D. — Allons, en voilà assez, la farce a trop duré. Tu vas cesser de faire le fou, tu ne trompes personne. R... nous regarde d'un air ahuri et paraît interloqué.

D. — Voyons, avoue que tu fais le fou...

R. — Oui, je fais le fou, je fais le fou...

D. — Dis-nous pourquoi tu joues cette comédie ?

R. — Je joue la comédie, vous m'avez eu, je vous demande pardon.

D. — Si tu nous expliques les raisons, on ne te punira pas.

R. — (Il se met à genoux). Pardonnez-moi, pardonnez-moi, je ne peux pas vous expliquer.

D. — Allons, avoue que tu as fait le zigoto pour ne pas partir au Maroc ?

R. — Oui, vous m'avez possédé. J'ai eu peur de partir au Maroc. J'ai eu peur. J'ai voulu faire le zigoto. Vous m'avez eu.

D. — Pourquoi avais-tu peur de partir au Maroc ?

R. — J'ai eu peur. Je ne sais pas pourquoi. Mais je vous demande pardon. C'est par rapport à mon père.

Il semblait donc bien que nous nous trouvions en présence d'aveux formels et nous rendions déjà hommage à la perspicacité de notre confrère consulté la veille. Les réponses de R... ne pouvaient, en effet, être considérées comme une simple écholalie de dément précoce et elles étaient suffisamment logiques et coor-

données pour être prises au sérieux. Pourtant, nous poursuivons la conversation avec le sujet:

D. — Ton père, où habite-t-il ?

R. — Je ne peux pas vous dire. Non, ne me punissez pas.

D. — Mais, on ne te punira pas. Tu es assez fatigué. Donne-nous l'adresse de ton père. C'est pour t'envoyer passer quelques jours chez lui avant ton départ au Maroc.

R. — (Il sanglote, se frappe la tête contre le sol, puis s'immobilise, l'air hagard). Mon père, mon père, mais, je l'ai tué cette nuit... R... se jette ensuite sur son lit, enfouit sa tête dans les draps et ne répond plus à aucune question.

L'après-midi, il croit reconnaître, dans un médecin du service, un moine breton, et il l'accuse de lui provoquer des douleurs dans les jambes. Dans la soirée, il s'agite violemment, se jette sur un infirmier qu'il frappe d'un coup de poing, puis se couche déshabillé sur son lit et se masturbe.

Le 5 mars, l'agitation persiste. R... reste tout nu, tantôt accroupi dans un coin de sa cellule, tantôt enroulé dans ses couvertures.

Il prononce des phrases incohérentes, rit béatement ou prend un facies tragique. On n'obtient plus aucune réponse logique aux questions. La masturbation est presque constante. Le refus d'aliments est absolu.

Cet état se maintient jusqu'au 12 mars, sans variations autres que l'apparition d'attitudes cataleptiques que le malade conserve pendant de longues heures.

La conviction qu'il s'agit bien d'un syndrome hébéphréno-catatonique étant désormais acquise, R... est proposé pour la mise en réforme et interné à la Maison Nationale de Santé de St-Maurice.

A l'asile, le diagnostic de démence précoce est confirmé.

Certificat d'entrée : « Agitation désordonnée, à la fois verbale et motrice. Négativisme. Stéréotypies diverses. Refus d'aliments. Mimique inadéquate. »

Certificat de quinzaine : « Démence précoce. Agitation motrice et verbale persistante. Négativisme. Stéréotypies. Inconscience.

En avril, on relève : « Toujours agité, rire explosif. Désordre des actes. Mimique très mobile.

En mai, s'alimente mal, amaigrissement marqué.

En juin, agitation décroissante. Inertie.

Ainsi donc, chez ce dément précoce, indépendamment des manifestations extravagantes qui avaient, les premières, imposé l'idée d'une simulation, non seulement à l'entourage mais encore à un aliéniste distingué, nous avons observé un phénomène nouveau, particulièrement impressionnant, paraissant confirmer l'idée de simulation et consistant en de faux aveux nettement formulés par le malade. *Ces faux aveux nous*

ses réponses correspondaient à une pensée morbide et indi-
sant traduire une pensée normale et réfléchie. Mais, en réalité,
quaient que le sujet avait adopté dans son esprit l'idée de
simulation que nous lui avions inculquée. Bien des déments
paraissent liés à la suggestibilité du sujet. Il ne s'agissait pas,
nous l'avons dit, d'une simple écholalie. Le malade avait
compris nos questions et y répondait par des phrases parais-
précoces disent ainsi tout ce qu'on veut leur faire dire. Il sem-
ble bien, d'ailleurs, que la plupart de leurs manifestations extérieures répondent à des idées qui leur sont suggérées, soit par l'entourage, soit par leur pensée morbide intérieure, toujours en discordance avec le réel.

Quand le malade obéit à une suggestion tendant à lui imposer l'aveu d'actes délictueux qu'il n'a pas commis, les conséquences, on le devine, peuvent en être pour lui fort graves. Qui sait si, au cours de la guerre, quelque dément précoce, arrêté à l'occasion d'une fugue et accusé de désertion, n'a pas été conduit, par sa suggestibilité, à accepter cette accusation, au cours d'un interrogatoire sommaire. La procédure d'urgence jouait alors pour les Conseils de Guerre, et elle était nécessaire. Mais on aperçoit, dans les cas de ce genre, les dangers d'une telle procédure, et nous devons nous féliciter de pouvoir aujourd'hui observer longuement et examiner tout à loisir les sujets qui sont soumis à nos expertises. C'est là le seul moyen d'éviter de regrettables erreurs judiciaires.

III. — AUTO-ACCUSATIONS DELIRANTES

La fausse déclaration de simulation de la part d'un aliéné peut parfois se présenter, non plus sous la forme d'aveux répondant à des accusations portées contre lui, mais sous la forme d'une *auto-accusation spontanée.* Les cas de ce genre nous paraissent plus rares, mais il en est cependant d'authentiques.

L'auto-accusation et un symptôme assez commun chez les psychopathes et se manifeste surtout chez les grands débiles, chez les mélancoliques et chez les délirants chroniques hallucinés. Meyer en a relevé un certain nombre de cas intéressants (1). Mais, en général, l'aliéné s'accuse de crimes imaginaires, de perversions sexuelles, de délits divers, mais non pas

(1) E. Meyer. — Auto-accusations d'aliénés. *Arch. F. Psychiatrie*, T. XXI, fasc. 3, 1905. Anal. dans l'*Encéphale*, 1906, p. 102.

de simulation de la folie, puisqu'il croit à l'intégrité de ses fonctions psychiques.

Nous avons cependant observé au Val-de-Grâce un débile mental déprimé, avec idées d'indignités et petites réactions anxieuses, qui s'accusait d'avoir fait l'imbécile pour être réformé. Il déclarait qu'en simulant ainsi, il avait déshonoré sa famille, qu'il n'était pas digne de rentrer chez lui et que, certainement, on allait lui infliger une punition méritée. Après sa mise en réforme, que nous fîmes prononcer, il redoutait le retour dans sa famille, pleurait, refusait de s'alimenter, « parce que la nourriture était trop bonne pour lui », et nous dûmes le faire accompagner jusque chez lui.

Le cas suivant, qui correspond à une grande psychopathe, est plus caractéristique encore. Il a fait l'objet de deux intéressantes communications de M. Leroy, que nous résumons ci-après (1) :

Observ. 19. — Mme X..., examinée à l'Asile Ste-Anne en janvier 1910, par le docteur Juquelier, fut transférée à l'asile de Ville-Evrard, après examen du docteur Dupré, qui avait rédigé à son sujet le certificat suivant :

« Débilité mentale avec idées délirantes de persécution, de gran-
« deur et de possession à teinte mystique, avec hallucinations
« olfactives, visuelles, auditives, psychomotrices communes et ver-
« bales ; troubles de la sensibilité générale et génitale. Elle est
« enceinte de l'Homme-Dieu d'une grossesse éternelle, etc...
« Visions de la Sainte Vierge, de Jeanne d'Arc, de son enfant mort
« il y a un an. Illusions et interprétations morbides. Réactions
« extravagantes et désordonnées. »

Dès le début de son examen à Ville-Evrard, Mme X... déclare « en avoir assez de passer pour folle », qu'elle a peur du milieu où elle se trouve et qu'elle est « bien punie d'avoir joué la comédie ». Elle raconte alors son histoire et dit qu'elle va avouer la raison pour laquelle elle a simulé la folie :

Depuis 9 ans, dit-elle, elle vit avec un alcoolique âgé, incapable de rapports sexuels. Il y a trois mois, elle l'a trompé avec un ami et, ne voyant pas venir ses règles, elle s'est crue enceinte. Elle a eu peur des brutalités de l'homme avec lequel elle vit et comme elle est très pieuse, elle a résolu de simuler la folie en s'inspirant de l'idée de la Sainte Vierge. Le médecin se trouvait donc en présence de deux versions différentes. Quelle était la bonne ? L'exa-

(1) Leroy. — Un cas de simulation. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, T. III, N° 1, janvier 1910. (Discussion de la Communication de M. Capgras). *Ibid.*, N° 5, mai 1920.

men gynécologique ne révélait pas de grossesse. Une enquête faite au sujet de cette femme apprenait que son père était inintelligent et sa mère hystérique. Elle avait peu fréquenté l'école et apprenait difficilement. Elle se plaça comme femme de chambre et se maria avec un alcoolique voleur, puis, divorça et se mit ensuite en ménage avec l'ami dont elle a parlé. Elle eut une fille qui mourut à l'âge de deux ans, de méningite. Cette mort l'affecta beaucoup et développa chez elle des sentiments religieux exaltés. Les certificats délivrés par les personnes qui l'ont employée disent qu'elle était une domestique laborieuse, honnête, mais faible d'esprit et déséquilibrée : vaniteuse, superstitieuse, avec tendance à exagérer et à raconter des choses extraordinaires. Très coquette, elle eut de nombreuses aventures amoureuses. Elle s'imaginait souvent qu'on était amoureux d'elle, qu'un médecin allait l'épouser. Du reste, elle n'était capable de travailler régulièrement qu'en hiver.

La conduite de la malade, à l'asile de Ville-Evrard était conforme aux renseignements recueillis. En présence de ces faits, le docteur Leroy admit que cette femme avait pu simuler la folie et qu'avec son fonds de débilité vaniteuse, la teinte mystique et la tendance à inventer des romans et à interpréter faussement les choses, elle avait pu être incitée plus ou moins consciemment à jouer cette comédie.

Le docteur Leroy concluait que ce cas confirmait le fait que « les simulateurs sont le plus souvent des individus présentant un état de dégénérescence mentale, des faibles d'esprit ou des anormaux ».

Il ne s'agissait pas, pourtant, comme on aurait pu le croire, d'un simple cas de sursimulation. Les événements ultérieurs vinrent le prouver et le docteur Leroy apporta lui-même le complément et la rectification de cette observation, à la Société clinique de médecine mentale, en mai 1920. Il montra que la malade en question n'était, en réalité, qu'une aliénée délirante ayant agi sous l'influence d'hallucinations. Après avoir fait les faux aveux rapportés plus haut, cette femme resta calme pendant trois mois, conservant à l'asile une allure normale, non délirante en apparence, cachant ses troubles psycho-sensoriels, prétendant avoir menti en invoquant des motifs de débile.

Cependant en mai 1910, elle recommença à extérioriser ses idées délirantes.

« C'est alors, dit M. Leroy, que nous avons pu savoir qu'elle « avait agi sous l'influence d'hallucinations impératives, auditives, « verbales et psycho-motrices et que nous avions affaire à une « démente paranoïde : « Quand je suis venue, dit la malade, nier « devant les docteurs que j'étais enceinte du Christ, c'est que les « voix me défendaient de le dire. C'étaient les voix de l'archevê- « que de Paris, des curés P... et L..., *qui causaient à mes oreilles*

« *aussi bien que dans la tête, le gosier et l'estomac.* Je ne m'ap-
« partiens pas. Les saints me dominent, me font agir, dictent mes
« paroles. »

« Cette aliénée a, dès lors, continué à présenter un délire entiè-
« rement incohérent et absurde, prétendant qu'elle avait été réel-
« lement enceinte du Christ, qu'on lui avait enlevé l'enfant pour
« le transporter au ciel et le mettre ensuite dans le ventre de
« l'archevêque de Paris, qu'on changeait son sang, qu'on lui enle-
« vait les os, etc... »

« En résumé, cette malade, après avoir très bien décrit son
« délire, l'avait nié ensuite avec tant de conviction qu'ici-même,
« nous pûmes penser à un épisode vite éteint ou partiellement
« oublié. »

Le diagnostic, prouvé par l'évolution de la maladie, était :

« Démence paranoïde avec délire incohérent de persécution,
« de grandeur et de possession, hallucinations visuelles, auditives,
« principalement psycho-motrices et cénesthésiques, idée d'im-
« mortalité. Dissociation intellectuelle. »

Ces faits nous montrent que l'auto-accusation spontanée de simulation peut être dictée au malade soit par des idées d'indignité, soit par des conceptions délirantes imposant au malade sa fausse dénonciation. Nous y trouvons une nouvelle preuve de la nécessité de n'accepter les déclarations des psychopathes que sous bénéfice d'inventaire.

IV. — DISSIMULATION VOLONTAIRE DE TROUBLES PSYCHIQUES REELS

Un aliéné véritable peut être tenu pour simulateur en raison de la propre dissimulation voulue de ses troubles mentaux. Le fait peut s'observer, soit chez des déséquilibrés, soit dans les phases de rémission de certaines psychopathies, soit chez des paranoïaques méfiants. Le mécanisme psychologique de la dissimulation est variable suivant les cas.

Voici, d'abord, le résumé d'une observation d'Antheaume et Mignot (1) :

Observ. 20. — X..., engagé volontaire, 21 ans, déséquilibré constitutionnel, instable, irritable, impulsif depuis l'enfance, porté aux excès génésiques. Avait été interné pendant 4 mois pour un

(1) A. Antheaume et R. Mignot. — *Les Maladies mentales dans l'armée française.* I vol., Delarue, édit., Paris, 1909, p. 136-137.

accès maniaque violent ; s'était engagé 3 mois après sa guérison, ayant dissimulé pour être admis dans l'armée, ses troubles antérieurs. Pendant un an, sa conduite au régiment est normale, puis, apparaissent chez lui une altération de l'humeur et du caractère, des marques d'indiscipline, un délit de vol. Il est hospitalisé pour un état maniaque évident. Cet état d'excitation s'atténue peu à peu, mais, le sujet réagit comme un pervers déséquilibré, avec amoralité et vantardise. « Il va jusqu'à prétendre qu'il a simulé la folie. Son orgueil et sa satisfaction de lui-même sont tels qu'il préfère passer pour un simulateur que pour un aliéné. Il semble ne pas voir, ne pas comprendre les conséquences qu'auraient pour lui ses déclarations si elles étaient acceptées et il donne là une nouvelle preuve de son déséquilibre. »

La dissimulation, dans ce cas, a été motivée une première fois par le désir de l'intéressé d'être admis à l'engagement, désir si fréquent chez les déséquilibrés qui, dans leur instabilité foncière, ne rêvent que d'aventures et de changements. Ce fut alors une *dissimulation utilitaire*. Elle a été dictée, une seconde fois, par la *vanité morbide* du sujet, qui ne pouvait admettre d'être considéré comme un aliéné.

Observ. 21 (personnelle). — Ch..., 21 ans, N[ème] Régiment d'infanterie, est évacué de Mayence le 22 mai 1930, sur le Service de Neuro-Psychiatrie du Val-de-Grâce ; il a une attitude inquiète, reste inactif, s'isole des autres malades et expose avec lenteur et difficulté ses antécédents : père éthylique, mère bien portante, mais qui ne s'est jamais beaucoup occupée de lui. Il a obtenu le certificat d'études primaires à 13 ans, mais ne se souvient plus de grand'chose. « J'ai tout perdu en route », dit-il. Travaillant depuis comme manœuvre, il a changé très souvent de place.

Têtu et buté, dit sa tante, il se présentait comme globalement déficient au point de vue psychique. Son humeur oscillait toujours entre la gaieté exubérante et la tristesse jusqu'aux larmes. Incorporé en octobre 1929, il fit bien son service au début, mais il présenta, à la fin du 5[e] mois un état d'inquiétude avec nostalgie et, se trouvant chez lui en permission, il fut pris de tristesse, de lassitude, de crainte vague et diffuse et ne put se résoudre à prendre le train de retour. Plusieurs fois de suite, il se rendit à la gare, mais laissa partir le train sans lui. Il rejoignit enfin son corps avec 3 jours et 6 heures de retard et fut puni de 15 jours de prison. Depuis, il avait été remarqué à son corps par son attitude indifférente et les bizarreries de son caractère. Deux mois plus tard, un brusque état d'excitation coléreuse, avec désordre des propos et des actes nécessite son hospitalisation au service de Neuro-Psychiatrie de Mayence où il est traité du 8 avril au 21 mai 1930.

Là, il présente des alternatives d'excitation physique et psychique désordonnée, avec rire niais, incohérences, et de dépression avec crises de larmes, inertie et refus d'aliments. A son arrivée au Val-de-Grâce, Ch... conserve pendant une quinzaine de jours son attitude déprimée. Il parle peu, paraît méfiant. Tout lui semble étrange, incompréhensible. Il dit, en particulier, ne pas comprendre pourquoi il se trouve dans un service de malades mentaux. Il refuse d'écrire à sa mère et de recevoir sa tante qui habite Paris. Pourtant, il s'alimente et ses troubles psychiques paraissent présenter une rémission nette. C'est alors que le 1er juin, il écrit la lettre suivante, en réponse à un camarade de régiment qui lui avait demandé de ses nouvelles :

« Mon vieux Pierre,

« J'espère que ma lettre va te trouver en bonne santé et que le « boulot » marche toujours. Tant qu'à moi, le temps passe, car « voilà quand même sept mois et demi de tirés et 54 jours « d' « hosto » (hôpital), 44 jours à Mayence et 10 jours ici. Tu « comprends, je suis ici comme « cinoc » (fou). Au lieu de me « faire « dérouiller » (traduire devant le Tribunal Militaire) (1), « ils ont préféré me foutre à l'hosto et alors, pour leur faire plai- « sir, de temps en temps, *je fais le « dingo »* et le plaisir dure, « mais, je commence quand même à trouver le temps long. Si on « te demande ce que je deviens, tu diras que *je fais le fou exprès.* « A part çà, j'espère que chez toi, tout le monde se porte bien et « que tes amours vont toujours. »

« Ton copain : Ch... »

Cette lettre, que nous avons interceptée, aurait pu, si elle était parvenue au destinataire et si elle avait été divulguée à son régiment. faire porter contre Ch... l'accusation de simulation.

Mais, le comportement du sujet à l'hôpital ne nous laissait aucun doute sur la réalité de ses troubles. Peu de jours après, d'ailleurs, Ch... retombe dans un état d'agitation marquée : bris d'objets, paroles incohérentes, agressivité. Ch... déchire sa chemise et ses draps, se promène tout nu dans sa cellule, puis, reste immobile, catatonique, avec sourires inadéquats, mimique stéréotypée. Une impaludation, pratiquée le 14 juin, à titre thérapeutique amène une sédation nette de tous les troubles, avec retour au calme et possibilité de vie commune avec les autres malades, mais, persistance d'un état dépressif. Cependant, le 15 juillet, cette rémission transitoire fait place à un nouvel accès délirant, du type nettement hébéphrénique, qui se maintient jusqu'au 16 août. A cette

(1) Il est à noter que les actes désordonnés commis par Ch... à son corps (violences contre un sergent) auraient pu comporter cette sanction, mais que le malade n'avait pas été poursuivi.

date, l'apparition chez le malade de myoclonies, s'associant à une hypertonie généralisée et à la conservation des attitudes, conduit à pratiquer une série d'injections intraveineuses de salicylate de soude, qui amène une nouvelle rémission. Cette rémission nous permet de confier le malade à sa famille qui le réclame et de l'envoyer en congé libérable le 2 septembre 1930.

Nous avons conclu à un syndrome de type schizomaniaque, avec alternance d'accès d'agitation physique et psychique, logorrhée, incohérence des propos et des actes, rires inadéquats, association de mots par assonances, stéréotypies et de phases de dépression avec inertie, inquiétude morbide, refus d'aliments, méfiance et dissimulation voulue de ses troubles mentaux.

Il est évident que, chez ce malade, l'auto-accusation de simuler la folie était dictée par son *désir de dissimuler* ses troubles mentaux. Son refus d'écrire à ses parents et de recevoir sa tante, s'il tenait en partie à son inaffectivité, était aussi lié à cette crainte que les siens ne le prennent pour un fou. Dans les phases de calme de sa maladie, il avait vaguement conscience de son mauvais équilibre psychique. Le sentiment d'étrangeté qu'il accusait correspondait à cette impression de malaise et d'inquiétude diffuse qu'il ressentait. Mais il ne voulait pas alors qu'on le prit pour un aliéné.

Nous avons pu observer chez plusieurs de nos malades, et spécialement chez des cyclothymiques et chez des schizophrènes, au cours des périodes de rémission de leur psychopathie, ce même désir de dissimuler les raisons de leur hospitalisation dans un service de maladies mentales.

Les schizophrènes, en particulier, ont souvent une vague conscience de leurs anomalies psychiques, ils ont l'intuition qu'il y a quelque chose de changé en eux et éprouvent le sentiment confus du dédoublement de leur personnalité. Mais, dans cet état de demi-conscience de leurs troubles morbides, le fâcheux renom des maladies mentales les pousse, semble-t-il, à dissimuler ces troubles.

Le cas que nous venons de rapporter ne se signale, entre tous, que par la précision de ce désir de dissimulation et par la façon dont il a été formulé, le sujet étant allé jusqu'à s'accuser de simulation.

C'est un autre motif qui pousse les *paranoïaques* à dissimuler parfois leurs idées délirantes. La méfiance et la réticence qui leur est associée sont à la base de cette dissimulation.

Le cas suivant, important par ses conséquences judiciaires, en est un exemple :

OBSERV. 22 (personnelle). — B..., 36 ans, interné à l'asile de Villejuif depuis novembre 1922 est soumis à notre expertise en novembre 1926, aux fins d'établir si, lors des désertions dont il s'est rendu coupable le 5 août 1917 et le 21 septembre 1918, il était en état de démence au sens de l'art. 64 du Code pénal.

L'intéressé avait été condamné par le Conseil de Guerre, du 3 novembre 1918, à 12 ans de détention et 5 ans d'interdiction de séjour et sa famille demandait la révision du procès.

B..., autodidacte vaniteux, a cru parvenir à un haut degré de savoir. Instable, sans métier précis, il s'est engagé à 18 ans sans trop savoir pourquoi. Son esprit d'opposition l'a conduit à de nombreux actes d'indiscipline, qui lui ont valu 300 jours de punition, dont 167 de prison ou de cellule en 16 mois de service. Réformé n° 2 en juin 1909 pour otite chronique et laryngite, il est récupéré dans le service armé le 13 avril 1917. Dès le début de 1917, avant sa réintégration dans l'armée, on voit s'ébaucher chez lui des idées délirantes à caractère ambitieux et des idées de persécution. Mobilisé, sa méfiance se traduit de diverses façons.

Le 5 août 1917, jour où il est dirigé sur les tranchées, B... se plaint de phénomènes douloureux non identifiés (troubles cénesthésiques très probables, et se croit en butte à des moqueries qui lui sont envoyées de l'arrière, probablement, dit-il, par son persécuteur, sous forme de magnétisme. Le soir, au cours de la montée en ligne, il entend des voix qui le narguent au sujet de sa femme, restée seule à Paris. Il s'arrête alors au bord du chemin, prétextant souffrir des jambes et estimant « qu'on ne s'amuse pas à agir de persécution sur une tête qui monte en lignes », il déserte, va prendre le train à Mourmelon et se rend à Paris. Il reste en état de désertion pendant un an. Pendant cette année, toute sa conduite révèle l'accroissement progressif de son syndrome délirant : vive méfiance à l'égard de sa femme et de tout son entourage. Il reste enfermé chez lui et se livre à de vagues travaux scientifiques incohérents, va chez le voisin du dessus vérifier le poids des meubles qui menacent, dit-il, d'effondrer le plafond, pourtant solide. Ce dernier fait déclanche d'ailleurs son arrestation et il est envoyé au fort de Bicêtre le 3 août 1918. Sa femme écrit au commandant du fort pour lui signaler les troubles mentaux de son mari, mais, la lettre, peut-être mal adressée, reste sans réponse. Le 20 septembre 1918, B... est conduit à son régiment qui se trouvait alors au camp d'I... (Oise). Une nouvelle lettre de sa femme parvient au colonel du régiment, lettre demandant un examen mental de B... et signalant nettement les troubles délirants du sujet. B... est soumis immédiatement à un interrogatoire relatif à sa désertion du 5 août 1917. Mais, il ne fait que des réponses évasives, et dès le lendemain, 21 septembre, il s'évade à nouveau. Il est arrêté 7 jours plus tard, près de la frontière suisse, est ramené aux armées et

soumis, le 28 octobre 1918, à un nouvel interrogatoire du Conseil de Guerre de la N^ième Division d'infanterie :

D. — Pourquoi avez-vous déserté ?

R. — Parce que j'entends des voix sur mon passage et que tout le monde se retourne sur moi.

D. — C'est tout ce que vous avez à déclarer ?

R. — Oui.

A la suite de cet interrogatoire, B... est traduit en jugement, le 3 novembre 1918, sans expertise médicale. Le réquisitoire du commissaire du gouvernement lui est très défavorable. Il y est fait état des « réponses mensongères, maladroites ou évasives » de B..., de son manque de franchise. « Comédien consommé, quand il croit par ce moyen pouvoir se tirer d'affaires ». Sa declaration qu'il avait entendu des voix, non seulement n'est pas prise au sérieux, mais elle est considérée comme une *tentative de simulation*. Le Président du Conseil de Guerre dit à B... :

— « Ah ! oui, vous entendez des voix, vous êtes comme Jeanne d'Arc, alors ? Eh bien, allez raconter cela à d'autres... »

B... se renferme alors dans un mutisme dédaigneux. Il est condamné à 12 ans de détention et 5 ans d'interdiction de séjour.

B... accomplit 4 années de détention à la prison de Melun, puis bénéficie d'une remise de peine et il est libéré en 1922. Mais, il n'est pas amnistié, et porte toujours le poids de sa condamnation. Au cours des 4 années de détention à la prison de Melun, le délire de B... se confirme et s'enrichit peu à peu. Dès sa sortie de prison, il dépose de nombreuses plaintes au Procureur de la République, au Garde des Sceaux, contre ses persécuteurs. Ces plaintes motivent son envoi à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt et il est interné le 10 novembre 1922.

Lors de notre expertise de décembre 1926 à l'asile de Villejuif, B... présente un état psychopathique nettement caractérisé par des idées délirantes de persécution avec interprétations multiples, à point de départ cénesthésique : hallucinations auditives et psycho-motrices par automatisme mental et paresthésies associés. Tendances mégalomanes, accusations et plaintes répétées portées oralement et par écrit contre ses persécuteurs, « pour flagrant délit d'envoûtement », spéculations pseudo-scientifiques, constructions à la fois naïves et ambitieuses. Fonds de débilité mentale avec tendances paranoïaques associées. Etat évoluant vers la chronicité.

Ces constatations mêmes, l'histoire de l'intéressé depuis son enfance, ses manifestations psychopathiques ayant précédé sa mobilisation, les lettres de sa femme, antérieures à sa comparution en Conseil de Guerre, établissaient la nature et l'évolution de la maladie et nous n'avons pas eu de peine à démontrer que B... devait être considéré comme en état de démence, au sens de l'art. 64 du Code Pénal, à l'époque de sa désertion.

Mais, le point qui nous intéresse ici, c'est l'attitude du malade au cours des interrogatoires auxquels il fut soumis le 20 septembre et le 28 octobre 1918 et à la séance du Conseil de Guerre du 3 novembre suivant. Les déclarations que nous a faites à cet égard sont significatives :

D. — Que s'est-il passé le soir de votre montée en lignes ?

R. — J'éprouvais des douleurs bizarres, des crampes dans tout le corps. Mais. cela se supporte. Ce qui ne se supporte pas, c'est la moquerie. Je sentais très bien que déjà on agissait sur moi à distance par magnétisme, qu'on voulait se jouer de moi, qu'un cerveau cherchait à agir sur le mien. Çà ne venait pas de mon entourage, mais çà venait de l'arrière. C'est honteux. Alors, je n'ai pu supporter cela et je me suis enfui pour voir ce qui se passait chez moi.

D. — Pourquoi n'avez-vous pas dit cela aux interrogatoires que vous avez subis en 1918 ?

R. — C'est qu'ils n'auraient pas compris et qu'ils m'auraient pris pour un fou. Et puis, je n'aurais pas pu, à ce moment-là, fournir des preuves de ma persécution, tandis que maintenant j'en ai, et si la police ne veut pas voir, c'est qu'elle est aveugle.

D. — Vous avez cependant déclaré avoir entendu des voix ?

R. — Oui, j'ai dit que j'avais déserté à nouveau parce que j'entendais des voix. Mais, je n'aurais pas dû le dire. J'ai trop parlé. Ils ne m'ont pas cru. J'aurais eu bien tort d'insister. Ça n'aurait servi qu'à me nuire.

D. — Mais si vous vous étiez mieux fait comprendre, il est probable qu'on aurait étudié l'affaire de plus près.

R. — Non. On me condamnait d'avance. Il a déserté, on ne va pas chercher plus loin. Il n'y avait pas à discuter. Et puis, je vous le répète, j'ai même bien fait de ne pas parler davantage, parce qu'ils se seraient moqué de moi. Ce n'est pas la peine de dire des choses à des gens qui ne peuvent pas comprendre.

Ces déclarations montrent, en somme, que le malade, en 1918, a nettement voulu dissimuler des idées délirantes. *Cette dissimulation était liée aux éléments paranoïaques de la mentalité de B...,* à sa méfiance, à la vanité morbide blessée par l'incompréhension dont il se sentait entouré, à ses erreurs du jugement qui lui faisaient croire qu'il était condamné d'avance et qui le poussaient le jour de l'audience à se cantonner dans un mutisme dédaigneux.

En fait, le peu qu'il avait révélé de son délire en déclarant qu'il avait entendu des voix, ne servit qu'à le faire condamner plus sévèrement. En ce sens, il avait raison de nous dire qu'il avait trop parlé. N'eût-il pas mieux valu, cependant, qu'il ne dissimulât rien ?

V. — MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES ATYPIQUES

a) Par association de plusieurs états psychopathiques

Malgré la variabilité des signes observés chez les psychopathes atteints de la même maladie mentale, l'ensemble des troubles morbides répond pour telle psychose déterminée, à un schéma général, qui se retrouve sensiblement le même dans tous les cas, et, s'il est vrai que le contenu d'un délire est essentiellement variable avec les malades, chaque individu ne construisant son délire qu'avec ce qu'il avait précédemment dans l'esprit, chaque psychopathie présente cependant, dans ses grandes lignes, une forme analogue chez tous les individus. Il est rare de voir alterner ou s'associer chez le même sujet des symptômes appartenant à des psychoses différentes. Cette intrication de signes divers est même tenue, par les auteurs qui ont étudié la folie simulée, comme un indice important en faveur de la simulation.

Il existe pourtant des cas où on voit s'associer plusieurs états psychopathiques chez le même aliéné. L. Déricq (1) a étudié dans sa thèse les diverses formes de ces associations. Il signale que l'association de la mélancolie et de l'épilepsie est relativement fréquente et attire l'attention sur l'intérêt médico-légal de cette association, le mélancolique, dans ses phases de calme et de lucidité, pouvant accomplir des actes délictueux considérés comme conscients, alors qu'ils sont liés, en réalité, à un raptus épileptique inconscient. Le sujet, dans ce cas, s'il est inculpé, nie les faits en alléguant une amnésie totale. Il peut alors être considéré comme un simulateur.

Il en est de même dans les cas d'association de délire alcoolique et d'épilepsie. La perte du souvenir est un signe capital en faveur de l'acte épileptique, et, dans le dépistage de la simulation, tout l'effort de l'expert doit tendre à établir si l'amnésie alléguée est authentique ou non.

Les phénomènes délirants, dans les cas de coexistence de plusieurs psychopathies, doivent être analysés minutieusement et groupés de façon précise. Grâce à cette catégorisation, on constate que les délires se superposent, se masquent, et, parfois, se mélangent, mais qu'ils ne se combinent jamais.

---

(1) Lucien Déricq. De la co-existence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné (*Thèse de Paris*, 1886).

Cette analyse clinique est très importante au point de vue du diagnostic, du pronostic et des conséquences médico-légales ; le médecin, troublé à première vue par l'allure atypique des troubles, étant normalement conduit à penser à la simulation.

Observ. 23. — Pactet et Colin (1) rapportent, dans leur livre sur les aliénés dans les prisons, le cas d'un militaire atteint de délire hypocondriaque, auquel s'associaient, par instant, des accès d'excitation.

Il avait été puni de 10 ans de travaux publics pour refus d'obéissance, outrages et bris de clôture, et avait fait 326 jours de cellule pour rébellion. Déclaré responsable par le médecin de la prison il fut condamné à mort, peine commuée en 20 ans de détention. L'expertise mentale montre qu'il s'agissait d'un mélancolique atteint d'idées de persécution et présentant des accès d'excitation violente, sous l'influence de ses idées hypocondriaques.

Il importe donc que l'expert ne se laisse pas dérouter par ces psychopathies à manifestations multiples et intriquées, et qu'il ne se hâte pas trop de porter, dans ce cas, le diagnostic de simulation.

Parfois, on peut rencontrer un syndrome psychopathique s'associant, non plus à une autre maladie mentale, mais à une lésion organique à symptomatologie discrète. Le diagnostic lésionnel étant, en pareil cas, difficile, les manifestations psychiques peuvent paraître étranges et éveiller le soupçon de simulation. Ce fut le cas chez ce malade dont Baruk (2) rapporte l'observation dans sa thèse :

Observ. 24. — Malade qui était atteint de métastases cérébrales multiples, d'une tumeur de la surrénale droite, et qui présentait, pour toute symptomatologie, au début, des manifestations psychiques atypiques, avec agitation bizarre, farces, étrangetés de l'attitude et des actes.

« La physionomie présentait une mobilité extrême, ainsi que « son humeur : tour à tour, et d'un instant à l'autre, il se montrait « enjoué, d'une gaieté exubérante, puis, sombre, taciturne ; par « moments, son facies exprimait une certaine anxiété ; à d'autres « moments, il regardait autour de lui avec une expression d'éga- « rement et d'étonnement. Son attitude restait si déconcertante « *que l'on avait, par moments, l'impression que le malade « jouait*

(1) Pactet et Colin. — *Loc. sit.*
(2) H. Baruk. — *Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*. Paris, Doin, éditeur, 1926, p. 292.

« *la comédie* ». Quand on l'interrogeait, il était difficile d'obtenir « des réponses et de fixer son attention. Le malade paraissait dis- « trait ou bien répondait par des grossièretés et des jurons... » Ce n'est que trois jours après qu'un état de torpeur et l'apparition d'un syndrome méningé permirent de porter le diagnostic de tumeur cérébrale, qui fut vérifié à l'autopsie.

b) Par allure inusitée des troubles

Tenter de rappeler toutes les occasions dans lesquelles des psychoses réelles ont été prises pour de la simulation, en raison d'un tableau clinique inusité, serait vouloir refaire toute l'histoire des erreurs de diagnostic en psychiatrie. La tâche serait trop vaste et dépasserait le cadre de cette étude. Nous nous bornerons ici à signaler quelques cas typiques où le soupçon de simulation fut déterminé par le seul fait d'une symptomatologie anormale. C'est naturellement encore à la démence précoce qu'appartenaient la plupart des cas que nous rapporterons.

La littérature médicale de tous les pays nous en fournit les exemples :

Observ. 25. — Heber Butts signale le cas d'un sujet engagé dans la marine de guerre américaine, dont l'enfance fut celle d'un déséquilibré (1), aux innombrables métiers, aux multiples engagements et aux désertions plus nombreuses encore. Son comportement avait été mis sur le compte de son déséquilibre, dont il cherchait à profiter en simulant les troubles plus graves. Il s'agissait, en réalité, d'un dément précoce, dont l'affection fut longtemps méconnue. H. Butts estime que des cas de ce genre sont fréquents et que cette fréquence prouve la nécessité de l'examen psychiatrique de l'engagé.

Observ. 26. — Haury (2) présente une observation analogue relative à un débile pervers devenu insensiblement dément précoce et conclut que de tels malades ne sont pas rares dans les ateliers et pénitentiers militaires, surtout lorsqu'ils ont un passé peu recommandable, car, on est alors porté à les considérer comme des simulateurs. Une observation assez longue est souvent nécessaire étant donné la forme inusitée des troubles, pour porter un diagnostic ferme.

---

(1) Heber Butts. — Un cas de démence précoce catatonique et son importance vis-à-vis du service de la marine de guerre. *The Military Surgeon*, octobre 1910.
(2) Haury. — Débile pervers devenu dément précoce. Société clinique de Médecine Mentale, 1913. Anal. dans le *Caducée*, 7 mars 1914.

Observ. 27. — Pactet et Colin (1) citent le cas d'un soldat de 25 ans, qui, étant puni de prison et en instance de départ aux compagnies de discipline, se livra à des voies de fait contre son capitaine. Il fut accusé de simulation de folie, traduit en Conseil de Guerre, et condamné. Mais, deux mois plus tard, il se livra à nouveau à des violences, et, cette fois, fut condamné à mort. La peine fut commuée en 20 ans de détention. Soumis en prison à un examen médical, il fut alors considéré comme un imbécile irresponsable et dirigé sur l'asile-prison de Gaillon. L'expertise psychiatrique révéla qu'il ne s'agissait pas d'un imbécile, mais d'un dément précoce resté longtemps méconnu.

C'est encore d'un cas de démence précoce à symptomatologie anormale qu'il s'agit dans l'intéressante observation d'Etienne Martin, Rousset et Lafforgue (2) :

Observ. 28. — K..., cultivateur, à hérédité mentale chargée du côté maternel, manifeste, à partir du conseil de révision, des troubles du caractère.

Il devient taciturne. Dès son arrivée au régiment, sa conduite laisse à désirer : désobéissant, désordonné, grossier, il fait preuve de mauvaise volonté et répond par des mensonges. Malgré la bienveillance de ses chefs, il est souvent puni, car, rien ne peut laisser supposer chez lui un état morbide. Pris à part par les officiers, il refuse de s'ouvrir, conserve un regard sournois et faux. Nouvelle punition. Il fait une première fugue de la prison. Repris et soumis à un examen mental, tant sa conduite et sa tenue paraissent étranges, le médecin ne peut déceler en lui aucune psychopathie précise. Maintenu au régiment, il se montre méchant avec les camarades, se fait craindre et détester.

Il oppose bientôt une résistance immotivée à tous les ordres et fait une nouvelle fugue. Arrêté, il se livre à des actes brutaux subits et illogiques. Mis en cellule, il s'enfuit encore. Un mois après, il frappe, avec sa baïonnette, son capitaine, un adjudant et un sergent. Interrogé, il reconnaît son acte, mais, déclare peu après aux camarades que « c'est pour passer plus vite au Conseil de Guerre ».

On se demande alors s'il ne cherche pas à simuler. Mais, le caractère impulsif et irraisonné de ses actes de violence paraissant anormal, on l'envoie enfin à l'hôpital où la nature pathologique de ses troubles apparaît nettement et il est interné à l'asile de Bron. Le diagnostic de démence précoce ne tarde pas à se préciser à l'asile : alternatives de stupeur, d'agitation anxieuse, de ten-

(1) Pactet et Colin. — *Loc. sit.*

(2) Etienne Martin, Rousset et Lafforgue. — Fugues et impulsions dans la période prodromique de la démence précoce. *Archives d'Anthropologie Criminelle et de Médecine légale*, T. XXVI, N° 209, 15 Mai 1911.

tatives de fuite, négativisme, indifférence affective, réponses à côté. Les experts psychiatres discutent le diagnostic de simulation, mais pour le rejeter définitivement, en raison des troubles nettement caractérisés du malade.

Ce cas, nettement et longtemps atypique au début, représente bien ce que l'on peut voir dans la « *période médico-légale de la démence précoce* », et les auteurs insistent sur l'intérêt des fugues et des impulsions chez des malades de ce genre.

Signalons enfin le cas intéressant rapporté par Capgras (1), de « négativisme simulateur d'amnésie générale », qui fit discuter l'hypothèse d'une supercherie utilitaire.

Observ. 29. — Il s'agissait d'une jeune fille, qui, le 20 février 1920, se jeta dans la Seine. Elle refusa toute explication au sujet de sa tentative de suicide et ne voulut point donner son identité. A l'asile de Maison Blanche, elle répondait aux questions posées, mais ne supportait pas de longues conversations, éclatait de rire, faisait des réponses ironiques et grossières et s'écriait : « qu'on me foute la paix ». Elle alléguait une amnésie totale, ne faisait aucune allusion à sa famille ni à son passé, et conservait une apathie et une indifférence complètes.

Son amnésie paraissait, sinon simulée, du moins fortement exagérée. Elle déclarait d'ailleurs : « Si on croit que je dirai quelque chose, on peut attendre »; et : « Je ne veux pas me rappeler. » Il n'y avait pas, chez cette malade, d'autres formes de stéréotypies, de maniérisme, ni de négation. Pas de catatonie, d'impulsions, ni de troubes sensoriels. L'allégation de l'amnésie générale rendait impossible l'examen du fonds mental.

Capgras fait remarquer qu'il s'agissait, en réalité, dans ce cas, bien plus d'une affectation que d'une simulation d'amnésie, et qu'on avait affaire à une sorte de manierisme stéréotypé et localisé. Cette amnésie étant la conséquence ou plutôt l'exagération d'un trouble psychique intéressant particulièrement la mémoire, processus favorisé par des abus antérieurs de toxiques et par le traumatisme de la submersion. Par apathie, par aboulie, la malade choisissait le moindre effort. De là son négativisme « par besoin de tranquillité ». Il s'y associait un affaiblissement du sens du réel et un certain degré de dépersonnalisation. Et Capgras conclut que : « Cette pseudo-amnésie générale, bien que ne déri- « vant pas exclusivement d'un trouble de la mémoire et étant « susceptible de disparaître un jour, n'avait de la simulation que l'apparence. »

(1) Capgras. — Négativisme simulateur d'amnésie générale. *Bulletin de la Sté Clin. de Méd. Mentale*, 13 année, N° 5, mai 1920.

c) Syndrome de Ganser

Parmi toutes les manifestations atypiques qui ont pu être rencontrées dans la symptomatologie des maladies mentales, il en est une qui a attiré tout particulièrement l'attention. C'est le syndrome de Ganser. Ce syndrome, qui a fait l'objet, depuis un trentaine d'années, de nombreux travaux des auteurs allemands, a été identifié par Ganser, qui s'est efforcé d'isoler de la simulation consciente un groupe spécial de manifestations, parmi lesquelles domine une tendance bizarre à répondre par à-côté. Ganser avait observé ce syndrome chez divers malades, mais, en particulier, chez des inculpés, et c'est pour cela qu'il jugea utile d'établir une distinction précise entre ce syndrome et la simulation.

On sait que le syndrome de Ganser, quand il est représenté au complet, est constitué par les éléments suivants :

1° Un trouble profond de la conscience, variable en intensité, depuis la simple torpeur cérébrale jusqu'à la stupeur complète, et se terminant brusquement.

2° Une altération accentuée de la mémoire, avec abolition de la faculté de fixation mnésique.

3° Des signes corporels correspondant aux soi-disant stigmates hystériques.

4° *Le symptôme « des réponses absurdes »*. « Ce symptôme, comme le fait remarquer Régis (1), constitue la particularité principale du syndrome de Ganser, et lui donne sa physionomie spéciale.

« Il consiste en ce que les malades, tout en montrant qu'ils ont entendu et compris les questions qu'on leur pose, n'en font pas moins des réponses approximatives, absurdes, équivoques, en coq-à-l'âne, aux questions même les plus simples, les plus élémentaires. »

Les auteurs allemands ont donné à ce symptôme les noms de « Vorbeireden » (parler à côté). « Unsinnigen antworten » (réponses absurdes) ; « Nicht wissen wollen » (vouloir ne pas savoir). Les réponses du sujet paraissent d'une absurdité cherchée et comme voulue, analogues à celles qu'on peut observer chez certains simulateurs. « Cette absurdité des réponses peut, d'ailleurs, s'accompagner d'une absurdité semblable des actes (« Vorbeihandeln »), tel le rire sans motif ou les réactions illogiques des déments précoces. »

---

(1) Régis. — *Précis de psychiatrie*, 6e édition, p. 144-145.

Régis fait observer qu'il existerait donc un « syndrome de Ganser » intégral ou complet, considéré par Ganser, Sücke, Raecke, comme une forme d'hystérie grave, et un « symptôme de Ganser », composé uniquement de réponses absurdes et susceptible, lui, de s'observer dans diverses psychoses, et en particulier dans la démence précoce, où il constitue, selon Nissl et certains auteurs de l'école Kræpelienne, une forme de négativisme.

Wedenski (1) signale qu'on peut, en effet, rencontrer le symptôme de Ganser, en dehors de l'hystérie, dans les psychoses traumatiques, les états épileptiques crépusculaires et les états confusionnels.

D'Hollander (2) pense, comme Hey, que, dans la production des réponses absurdes intervient un processus d'inhibition psychique, avec, parfois, amnésie localisée et prévalence maladive d'un cercle d'idées déterminé. Il existe chez les malades un fatigabilité psychique, une inertie de l'idéation, qui correspond bien à ce que l'on constate dans les états crépusculaires (« Dämmerzustände » des Allemands) et dans les états confusionnels.

Peut-être un certain état d'émotivité intervient-il également, comme le suppose Soukhanoff (3), dans le déclanchement du syndrome, en troublant la faculté d'association des idées. De sorte qu'au moment où le malade doit répondre surgissent subitement des représentations et des idées d'un autre ordre, parfois dues à des associations par contraste.

Cette diversité dans le mécanisme de production des réponses absurdes explique pourquoi on les rencontre dans des états psychopathiques très différents, et pourquoi la majorité des auteurs, tout en reconnaissant la nature pathologique du symptôme de Ganser, lui refusent aujourd'hui une valeur pathognomonique. Dupré et Gelma (4) l'ont constaté chez de simples débiles à tournure d'esprit prétentieuse, malicieuse, avec tendance au bavardage phraséologique. H. Wallon a rap-

(1) Wedenski. — Contribution à l'étude du syndrome de Ganser. Psychiatrie contemporaine russe. Mai 1907. Anal. in *Journal de Psychiatrie*, 1908, p. 273.

(2) d'Hollander. — Syndrome de Ganser et d'élire d'interprétation. L'*Encéphale*, 10 octobre 1909.

(3) Serge Soukhanoff. — Sur le Syndrome de Ganser ou symptômo-complexus des réponses absurdes (Moscou) Anal. in. *Revue de Neurologie*, 15, Septembre 1904.

(4) Dupré et Gelma. — Symptôme du Ganser chez une hébéphrénique. L'*Encéphale*, 10-4-1910.

porté un cas (1) où ce symptôme était apparu à la suite d'un état de confusion mentale d'origine infectieuse. Il ne s'agissait, dans ce cas, ni de négativisme, ni d'ignorance, ni de simulation, mais d'une dysmnésie vraie, de type confusionnel, avec atteinte réelle des perceptions, d'où la façon abstraite et générique employée par le malade pour désigner certains objets qu'il ne pouvait plus évoquer sous leur forme concrète et individuelle :

« Ainsi, plus directement encore que les réponses absurdes, « qui sont un masque, les réponses approximatives attesteraient un trouble de la connaissance, une insuffisance à la « perception. »

Les apparences négativistes des malades s'expliquent, dans des cas de ce genre, par le sentiment d'insuffisance et d'impuissance éprouvé par le malade. Or, « le sentiment d'une « impuissance ne va pas, le plus souvent, sans l'instinctif « besoin de la dissimuler aux autres. Les réponses absurdes, « volontairement dérisoires, ne se produisent qu'à propos de « notions qui sont effectivement troublées et frappées de « confusion. » (Ces considérations nous paraissent se rapprocher de ce que nous avons exposé plus haut à propos des cas de dissimulation).

Il n'est pas rare de voir les états crépusculaires de type hystérique évoluer vers la démence précoce. Dans ces états, le symptôme de Ganser pourrait donc répondre à une forme vraie de négativisme, tandis que dans la confusion mentale, il ne serait que le signe d'un déficit intellectuel cherchant à se dissimuler.

La nature pathologique du symptôme de Ganser étant établie, il n'en reste pas moins que cette particularité curieuse des réponses absurdes peut se rencontrer chez de véritables simulateurs conscients. On a souvent rappelé, à cet égard, le cas du simulateur Derozier, rapporté par Morel. C'est à l'aliéniste qu'il appartient de déterminer si, dans tel cas soumis à son expertise, il a affaire à une simulation ou à une fausse simulation. Régis (2) s'est appliqué à élucider ce diagnostic différentiel dans un rapport au Congrès de Médecine Légale de 1912. Il a montré que le symptôme des réponses absurdes

---

(1) H. Wallon. — Négativisme ou simulation ? Le symptôme de Ganser. *Soc. de Psychol.*, 9-1-11. *Journal de Psychol. norm. et pathol.*, mars-avril, 1911.

(2) Régis. — Simulation de la folie et syndrome de Ganser. *L'Encéphale*, 10 août 1912.

demande à être étudié de très près dans les cas médico-légaux, et il en a donné un exemple démonstratif dans les deux observations brièvement résumées ci-dessous :

Observ. 30. — Dans le premier cas, il s'agissait d'un soldat colonial, engagé volontaire, déjà condamné sept fois avant son incorporation et poursuivi devant le Conseil de Guerre, pour bris de clôture, au cours d'une punition de prison. A toutes les questions qu'on lui posait, il ne répondait jamais de façon raisonnable. Toutes ses phrases étaient incohérentes et absurdes. Il ne sortait pas de certains sujets pour lesquels il avait adopté le parler « petit nègre ».

Régis a conclu à la simulation, en se basant sur l'ensemble de l'attitude du sujet, sur sa physionomie, sa mimique, ses gestes, son langage, ses actes. L'inculpé s'est alors décidé à avouer qu'il simulait.

Observ. 31. — La seconde observation concerne un valet de de ferme, âgé de 40 ans et inculpé de vagabondage. Il avait été interné antérieurement pour délire alcoolique. Il présentait de la torpeur, de l'obtusion, de la dysmnésie, une tendance aux fugues, des rires sans motif, du négativisme, de l'absurdité du langage et des actes. Il faisait des réponses à côté, en coq-à-l'âne, drôles, à effet, avec consonances voulues. Par exemple :

D. — Avez-vous un père ? R. — Une paire de chaussettes.

D. — Qui vous donne la permission de sortir ? R. — Je sors en l'air ; je vole par terre.

D. — Qu'est-ce qu'un évêque ? Un cardinal ? — Un cardinal, c'est un oiseau rouge.

D. — Comme le rouge-gorge ? R. — Oui, l'orge pour la gorge.

D. — Il faut avoir de la patience avec vous. R. — Oui, je suis toujours long comme ça, c'est une maladie de cœur.

D. — Regardez votre cigarette, elle est déchirée. R. — Oui, j'en souffre, les conséquences de la minéralogie. Il y en avait qui ne comprenaient pas qu'ils avaient des minéraux dans la peau.

A première vue, le langage de ce sujet ressemblait à celui du précédent, et pourtant le Professeur Régis n'hésita pas à conclure à un début de démence précoce chez un dégénéré. Le malade, en effet, dut ensuite être interné après une observation de deux mois qui ne fit que confirmer l'existence de sa folie.

Chez le premier sujet, les réponses étaient plus absurdes, comme celles d'un fourbe qui exagère grossièrement. De plus, l'absurdité du langage était apparue brusquement le jour où l'inculpé, après avoir demandé à être examiné, commençait à faire le fou. Chez le second, les réponses étaient plus franchement plaisantes, comme celles d'un loustic qui prend plaisir à faire rire ses auditeurs, et, chez lui, l'absurdité du langage datait de quelque temps avant son examen médico-légal.

Ces observations montrent bien que, si l'identification du syndrome de Ganser a rendu plus complexe le diagnostic de simulation de la folie, il est néanmoins possible d'arriver à distinguer l'absurdité pathologique du langage de l'absurdité voulue et artificielle de la simulation.

II

CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES

L'exposé des faits que nous venons de présenter nous permettra d'être très bref sur les conséquences médico-légales liées au problème de la fausse simulation.

Qu'il s'agisse de sujets exempts de toute poursuite judiciaire ou d'inculpés, le premier souci du médecin doit être *d'établir un diagnostic ferme* dans le plus court délai possible.

Bien des erreurs proviennent de la méconnaissance de certains faits ou de certains syndromes. Le seul fait que l'aliéniste ait présente à l'esprit la possibilité de manifestations analogues à celles que nous avons rappelées suffira, la plupart du temps, à l'aiguiller vers la recherche et l'identification d'un état de fausse simulation.

Le psychiatre, qu'il soit expert ou simple médecin traitant, saura tenir compte des antécédents, des circonstances de fait, des déclarations de l'entourage, des témoignages en justice, des intérêts engagés, et des conséquences éventuelles, pour l'intéressé, d'un diagnostic de simulation. Mais il ne se départira jamais d'un esprit critique, sachant apprécier à leur juste valeur ces circonstances, ces témoignages et ces intérêts utilitaires. Il fera la part du rôle que ces éléments ont pu jouer dans le syndrome observé.

L'établissement du diagnostic dépend, dans une large mesure, des conditions matérielles de l'examen ou de l'expertise. Cette question a été largement traitée dans les rapports de MM. Sanchis Banus et Vullien, à la 33e Session de notre Congrès et dans la discussion qui les a suivis, et nous n'y reviendrons pas ici. Il est certain que, dans tous les cas litigieux, l'hospitalisation devra être demandée pour permettre au médecin un examen précis, objectif et minutieux. S'il s'agit de délinquants, la mise en observation devrait se faire dans les annexes psychiatriques des prisons, dont l'organisation effective en France a déjà fait l'objet de tant de vœux. Malgré le désir et la nécessité d'établir un diagnostic rapide, il sera parfois nécessaire

de recourir à une observation prolongée des sujets. La nécessité d'être prudent s'impose, en particulier, dans les cas médico-légaux.

Le diagnostic de fausse simulation étant établi de façon certaine, il découle de ce diagnostic même que les sujets présentant des troubles d'un tel ordre sont des malades et doivent être traités comme des malades.

En cas de crime ou de délit, s'il est démontré que l'acte délictueux ait été commis sous l'influence des troubles psychiques dépistés par l'expertise, il va de soi que l'inculpé doit être déclaré irresponsable. Pourtant, cette conclusion d'irresponsabilité pénale peut prêter à discussion, lorsqu'il s'agit de cas de sursimulation. L'hésitation est alors justifiée pour ceux qui adoptent l'étiquette de sursimulation dans le sens élargi du mot, c'est-à-dire dans tous les cas où il existe chez l'inculpé une tare psychique antérieure : déséquilibre, débilité, perversion instinctive, amoralité morbide, même si le sujet construit de toutes pièces un état d'apparence psychopathique, sans relation avec ses tares antérieures ; par exemple, lorsqu'un déséquilibré mime, dans un but utilitaire, un état de stupeur confusionnelle ou un accès d'excitation maniaque.

Mais nous avons dit plus haut, en étudiant la sursimulation, qu'il était désirable de limiter l'application de ce terme aux cas d'exagération plus ou moins consciente des troubles psychiques préexistants et ne sortant pas du cadre des manifestations antérieures, par exemple, la fugue, chez un déséquilibré instable, le refus d'obéissance, ou la grève de la faim chez un débile buté ou déprimé, l'agressivité et les violences chez un pervers insociable. Dans tous les cas de sursimulation indubitablement édifiée sur un terrain psychopathique homologue, on peut admettre, croyons-nous, que le juge doit tenir compte, dans son verdict, de l'état morbide antérieur du délinquant.

La conduite à tenir, au point de vue pratique, à l'égard des sursimulateurs, est délicate à définir. Il s'agit là de « cas-limites » entre la simulation vraie et la fausse simulation nettement pathologique. Comme toujours, en pareille occasion, il ne peut être formulé de règle absolue.

L'expert doit étudier chaque cas d'espèce et proposer au juge une solution pratique basée sur la notion de sécurité sociale et non pas sur la notion purement métaphysique de responsabilité, ainsi que l'ont souhaité bien des auteurs, Charpentier, entre autres (1) depuis longtemps déjà. Nous ne

---

(1) Charpentier. — *Les délinquants dits « irresponsables »*. Soc. Médico-Psychol., 30 décembre 1895.

voulons pas rouvrir ici la vieille discussion relative à la question des « demi-responsables ». C'est du point de vue pratique qu'il faut envisager chaque cas concret. L'étude plus approfondie de la criminologie nous donnera la clé de ce problème.

Dans tous les autres cas, de fausse simulation, qu'il s'agisse d'exagération inconsciente, de faux aveux, d'auto-accusation morbide, de dissimulation pathologique ou de manifestations atypiques, les malades seront soignés dans les conditions habituelles convenant aux troubles mentaux dont ils sont atteints : services ouverts pour les petits psychopathes, asile pour les aliénés relevant de l'internement.

Dans les cas médico-légaux, l'expert peut avoir à examiner, soit un préventionnaire, soit un condamné. Dans le premier cas, le faux simulateur bénéficiera logiquement d'un non-lieu et sera confié au médecin qui le traitera comme tout autre malade.

Dans le deuxième cas, si les troubles mentaux sont apparus au cours de la détention, comme Costedoat (1) l'a montré dans sa thèse et sont sans rapport avec le délit ayant entraîné la peine, le malade sera traité dans une annexe psychiatrique de la prison, s'il en existe, ou transféré dans un asile. S'il est établi que la condamnation avait été prononcée pour un délit provoqué par la psychopathie, une procédure de révision du procès, pourra être introduite comme dans le cas de notre observation 22.

⁂

Il résulte de tous les faits que nous avons exposés, que le problème de la fausse simulation et de ses conséquences médico-légales se résume en une *question de diagnostic*. Le diagnostic étant établi, les solutions thérapeutiques et médico-légales s'imposent d'elles-mêmes.

La seule conclusion que nous ayons à tirer de ce rapport est donc de rappeler, après bien d'autres auteurs, la nécessité de développer l'enseignement psychiatrique chez les médecins, d'attirer l'attention de tous sur les formes anormales des psychopathies et de développer encore la collaboration si fructueuse entre les magistrats et les aliénistes dans le but d'éviter, dans la plus large mesure possible, les erreurs judiciaires, toujours regrettables, tant pour les délinquants que pour le bon renom de la Justice.

---

(1) Costedoat. Les Psychoses Pénitentiaires. *Thèse de Lyon*, 1913.

BIBLIOGRAPHIE

A. ALBES. — De l'illusion de fausse reconnaissance. Thèse de Paris, 1906, Analyse in *Revue Neurologique,* 1908, p. 161.

A. ANTHEAUME et R. MIGNOT. — Les maladies mentales dans l'armée française, Delarue, éditeur, Paris, 1909.

— La période médico-légale prodromique de la démence précoce. *L'Encéphale,* février 1907.

ASTWATZATOUROW. — La psychopathologie de l'automutilation dans l'armée russe. *Journal de Médecine Militaire de la Russie,* T. CCXXXIX, Janvier 1914.

BAILLARGER. — De la mortalité et de la folie sous le régime pénitentiaire. *Gazette Médicale de Paris,* 29 février 1840.

BARUK et LAVASSORT. — Simulation de la folie et dégénérescence mentale. Congrès des aliénistes et neurologistes de France, XIX[e] Session, 1909. Analyse in *Encèphale,* 1909, p. 370.

Théophil BECKER. — Der angeborne Schwachsinn in seinen Beziehungen zum militärdienst. *Der Militär Artzt,* p. 198, 1910.

BENNECKE. — La Démence précoce dans l'Armée. *Dresd. Mediz. Abtal. des Sächs Kriegsmin,* 1908.

BENON. — Voir Simonin et Benon.

HEBER BUTTS. — Un cas de démence précoce catatonique et son importance vis-à-vis du service de la marine de guerre. « *The Military Surgeon* », octobre 1910.

J. CAILLET. — Contribution à l'étude de la sursimulation des troubles mentaux chez les criminels, ses rapports avec la dégénérescence. *Thèse de Bordeaux,* 1909.

CAPGRAS. — Négativisme simulateur d'amnésie générale. *Soc. clin. de méd. mentale,* 17 mai 1920.

CHARPENTIER. — Les Délinquants dits irresponsables. Soc. Méd. Psych. 30 décembre 1895. *Annales Médico-Psychologiques,* 1896, p. 245.

CHARPENTIER et KAHN. — A propos de la simulation de la folie. *Journal de Psychologie,* août 1905.

COLIN. — Voir Pactet.

COSTEDOAT. — Les Psychoses pénitentiaires. *Thèse de Lyon,* 1913.

DEDICHEN, MEIGER et NARCKE. — L'assistance des criminels aliénés. Rapport au 5[e] Congrès d'anthropologie criminelle, Amsterdam, 1901.

DELBRUCK. — Die Seelenstörungen in den Strafanstalten. *Allgemeine Zeitsch. F. Psych.,* Bd XX, p. 446, 448 et 472, Bd XIV, p. 373, 376.

Deny et Roy. — La Démence Précoce. *Actualités médicales,* 1903.

Drastich. — Démence Précoce et service militaire. *Der militärarzt,* n° 8, 1910.

— *Guide méthode à l'usage des médecins militaires pour le diagnostic des états psychopathiques douteux.* Tome II, Vienne, 1909.

Bruno Drastich. — Leitfaden der Verfahrens bei Geistes krankeiten, und Zweifelhaften geisteszustanden für militärärzte. *Der Militär Artzt,* p. 138, 1905.

Ducosté. — Les fugues dans la démence précoce. *L'Encéphale,* 25 novembre 1906, p. 579.

Dupré et Gelma. — Syndrome de Ganser chez un hébéphrénique. *L'Encéphale,* avril 1910, p. 456.

Dupouy. — Voir Joffroy et Dupouy.

Féré. — La Famille névropathique, Paris, Félix Alcan, 1894.

— Dégénérescence et criminalité, Paris, Félix Alcan, 1888.

Ferris. — Responsabilité et justice militaire. *Thèse de Bordeaux,* 1896.

Fillassier et Juquelier. — L'assistance aux aliénés criminels et dangereux au xxe siècle. *Revue Philanthropique,* 15 décembre 1909.

Génil-Perrin. — L'idée de dégénérescence en médecine mentale. *Thèse de Paris,* 1912-13, p. 224.

Gelma. — Voir Dupré et Gelma.

A. Giraud. — De l'appel des jugements correctionnels frappant des individus reconnus aliénés seulement après condamnation. Congrès de Médecine mentale, Bordeaux, 1895.

Granjux. — (Voir Simonin, Granjux et Haury).

Haury. — *Caducée,* février 1911.

G. Haury. — Les anormaux et les malades mentaux au régiment, Masson, 1911.

Haury. — Débile pervers devenu dément précoce. *Soc. Clin. de Méd. Ment.,* 1913. Analyse de Jude dans *Le Caducée,* 7/3/14.

— Voir Simonin, Granjux et Haury.

— La fausse simulation. Congrès de Médecine Légale, Paris, mai 1914. (Discussion de Simonin et Granjux).

Hesnard. — Un cas de « fausse simulation » de troubles mentaux chez un aliéné militaire, *Le Caducée,* 24/1 1914.

— Sur la mort rapide au début de la démence précoce. Considérations cliniques et médico-légales militaires, *Le Caducée,* 1/7 1911.

— Le pithiatisme à forme psychique (pseudo-psychose hystérique de guerre). Rapport à la réunion des chefs de secteurs de l'Afrique du Nord, 1917.

— Voir Porot et Hesnard.

F. Hollander. — Syndrome de Ganser et délire d'interprétation. *L'Encéphale*, avril 1910, p. 456.

José Ingegnieros. — Folie, simulation et criminalité. Ateliers graphiques de la Pénitentiaire Nationale. Brochure Buenos-Ayres, 1911.

José Ingegnieros. — Analyse in *l'Encéphale*, 1912.

Joffroy et Dupouy. — Fugues et vagabondage, 1909.

Juquelier. — Voir Fillassier et Juquelier.

Kahn. — Voir Charpentier et Kahn.

Kogl. — La démence précoce dans l'armée.

Kirn. — Kurze Mitteilung über Gefangenpsychosen. *Allgemeine Zeitsch. f. Psych.*, 1891, p. 721.

Kohler. — Ueber die Psychosen weiblicher Staflinge. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1887, p. 676, 706.

Kræpelin. — Lehrbuch der Psychiatrie, 1899, Bd II, p. 72, 90 202. Discours au Congrès des aliénistes de Bavière. *Zeitschr. f. d. g. neur. u. psych. Origin.*, XI, p. 617. *Anal. in Rev. de Psych.*, octobre 1912.

Kraft-Ebing. — Médecine légale des aliénés ; traduction française. Doin, édit., 199, p. 543.

Lacassagne. — Précis de médecine légale. Masson, édit.

— Discours au 2e Congrès du patronage des libérés. Lyon, 1824. Storck, Lyon.

Lacausse. — Les dégénérés psychiques étudiés spécialement au point de vue militaire. *Thèse de Bordeaux*, 1889.

Ladame. — Les psychoses pénitentiaires, *Archives d'Anthropol. criminelle*, octobre-novembre 1909, p. 800.

Lantuaume. — Démence précoce chez les militaires. *Arch. de Méd. et Pharm. mil.*, mars 1911.

A. Laurent. — Etude médico-légale sur la simulation de la folie. Masson, 1866.

Leroy. — Un cas de simulation. *Soc. Clin. de méd. ment.*, 17/1/1910 ; et *Soc. Clin. de méd. ment.*, 17/5/1920.

Levassor. — Voir Baruk et Levassor.

Logre. — Etat mental des hystériques. Traité de pratique médicale et de thérapeutique appliquée. Psychiatrie, I (Maloine, édit.).

Luckerath. — Ueber Degenerations psychosen bei kriminellen Geisteskranken. *Zentralblat f. Nervenheilkunde u. Psych.*, n° 289, juillet 1909, p. 478.

Mairet. — Aliénés simulateurs. *Arch. de psych. et d'hypnol.*, 1892, n° 4.

— La simulation de la folie, 1 vol. Montpellier, 1908.

Maudsley. — Crime et folie.

Marc. — De la folie considérée dans ses rapports avec la question médico-judiciaire. Paris, 1840, 2 vol. in-8.

Etienne MARTIN. — Organisation allemande du régime pénitentiaire. *Arch. d'anthr. crim.*, décembre 1911.

Etienne MARTIN, ROUSSET et LAFFORGUE. — Fugues et impulsions dans la période prodromique de la démence précoce. Rap. Méd. lég. *Arch. d'anth. crim. et de méd. légale,* 15 mai 1911.

MASSELON. — La démence précoce, 1 volume, 1904.

E. MEYER. — Auto-accusation d'aliénés, *Arch. F. Psych.*, Bd XL, f. 3, 1905.

MIGNOT. — Voir Antheaume et Mignot.

MILLERAN.. — Discours à la Chambre des Députés, 25 fév. 1888.

NACKE. — Verbrechen und Wahnsinn bei weibe. *Arch. f. Psych.*, 1893, p. 278-281.

— L'anthropologie criminelle en Allemagne. *Arch. d'Anth. Crim.* 1903, p. 509.

— Analyse critique du rapport de Bohnhoffer. *Arch. F. Kriminal anthr. und kriminalistik,* 19-12-1907.

PACTET. — Enquête internationale sur l'aliénation mentale dans les prisons. *Revue de Psychiatrie,* 1908, p. 45.

F. PACTET et H. COLIN. — Les aliénés devant la justice. Aliénés méconnus et condamnés. Encyclopédie des aides-mémoire, Masson.

— Les aliénés dans les prisons. Encyclopédie des aides-mémoire, Masson.

V. PARENT. — Les Fugues en psychiatrie, XIX[e] Session du Congrès des aliénistes et neurologistes, Nantes 1909.

PASCAL. — La démence précoce, 1 vol. 1911.

POROT. — La simulation des maladies mentales, XXV[e] Session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Luxembourg 1921.

POROT et HESNARD. — Expertise mentale militaire, 1 vol. Masson édit.

— Psychiatrie de guerre, 1 vol. Alcan édit.

— Comptes rendus du centre neuro-psychiat. de la XIX[e] Région, *Rev. Neur.*, nov. et déc. 1916.

RÉGIS. — Précis de psychiatrie, 6[e] édition 1923.

— Syndrome de Ganser et simulation de la folie. *L'Encéphale,* n[os] 8, 10-7-1912, p. 97.

ROSENBACH. — Trois cas de simulation avec réponses absurdes. Médecin M., 1908. *Anal. in Rev. Neur.*, 1908, p. 941.

RITTI. — L'emprisonnement cellulaire est-il cause de folie ? *Ann. Méd. Psychol.*, T. VIII, 1888, p. 182.

ROY. — Voir Deny et Roy.

ROUSSET. — Voir E. Martin, Rousset et Lafforgue.

A. SCHOTT. — Simulation et folie. *Arch. f. Psych.*, T. XLI, 1906.

Ernest SCHULTZE. — Ueber Psychosen bei Militärgefangenen nebst Reformvorschlägen, *Der Militär Artzt,* p. 83, 1904.

Sémal. — Coups d'œil sur les folies pénitentiaires. Congrès de médec. ment., Paris, août 1889.

Siefert. — Ueber die Geistestörungen die Strafhaft-Halle, E. J. Carl Marhold, 1907.

Simonin et Benon. — Démence précoce post-traumatique à forme catatonique, *Soc. Méd. des Hôpit.*, avril 1910.

Skliar. — Ueber Gefangenspsychosen. *Monatsch. f. Psych. und Neur.*, Bd XVI, Berlin 1904.

Serge Soukhanoff (de Moscou). — Sur le syndrome de Ganser ou le symptômo-complexus des réponses absurdes. *Revue de Neur.*, 15-9-1904, n° 17, page 923.

Taty. — Les aliénés méconnus et condamnés. Congrès de Méd. Alién. et Neur., Marseille 1899.

Thiver. — Simulation sur une base morbide. *Soc. Médec. Psych.* 26 mars 1906.

De Teyssieu. — Folie simulée chez un jeune soldat. *Le Caducée,* 21-9-1912.

Udine. — Syndrome de Ganser. Assemb. Scient. des Méd. de l'Asile de Kharkow, 5 nov. 1907. *Anal. in Rev. Neur.* 1908, p. 942.

Vigouroux. — Les déments précoces dans l'armée. *Clinique,* avril 1909.

Henri Wallon. — Négativisme ou simulation ? Le symptôme de Ganser. *Journal de psychol. norm. et path.*, n° 2, mars-avril 1911.

Wedenski. — Contribution à l'étude du syndrome de Ganser. *Psych. Contempor. russe,* mai 1907. *Anal. in Journ. de Psych.*, 1908, p. 273.

DISCUSSION DU RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE

M. Moreau *(Clinique Psychiâtrique de l'Université de Liège).* — **Simulation des troubles mentaux par un enfant de quatorze ans,**

La simulation d'affections organiques est un phénomène assez courant chez l'enfant ; celle de troubles mentaux doit être tout à fait exceptionnelle puisque nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis d'en relever un seul exemple dans la littérature. C'est la rareté du fait qui nous incite à publier le cas suivant :

C..., garçon de 14 ans.

Antécédents héréditaires : le père, homme très vigoureux, a été tué à la guerre. La mère, âgée de 40 ans, est bien portante ; elle n'a eu ni autres enfants, ni fausses-couches. On ne relève dans la famille aucune tare vésanique ou névropathique, en particulier pas d'alcoolisme.

Antécédents personnels : C... jouit d'un état général réellement florissant ; il n'a présenté dans son enfance aucun signe névropathique (éclampsie, énurésie prolongée ou peur nocturnes). Son passé pathologique se borne à quelques infections banales au cours de la première enfance. Il n'a jamais fait de somnambulisme.

Il est très intelligent, appliqué à l'école et s'est toujours classé parmi les premiers de sa classe. Son caractère est gai et sociable, il ne se montre jamais capricieux ni impressionnable, et ne ment que très rarement pour esquiver une punition.

Le 29 juin 1929, la grand'mère, ayant laissé son petit-fils seul à la maison, le trouve à sa rentrée enfermé dans une pièce ; il lui raconte qu'il vient d'être le témoin d'une scène effrayante. Son oncle se promenait dans le jardin lorsqu'un voisin, qui est en désaccord avec la famille C..., a sauté derrière lui et l'a frappé à coups de poignard. La femme de la victime est arrivée en poussant des cris. Le meurtrier l'a

menacée de son arme, puis, apercevant l'enfant à la fenêtre, il s'est précipité vers lui. C... s'est enfui dans la pièce voisine et s'y est enfermé. La grand'mère n'attache d'abord aucune importance à ce conte : elle croit que l'enfant s'est endormi et a eu un cauchemar.

Quelques minutes plus tard, elle entend l'enfant soliloquer dans une pièce voisine. Interpellé, il lui dit qu'un homme jeune et bien mis est venu le trouver et lui a permis de combattre les projets criminels du voisin. Le visiteur a disparu dès que la grand'mère a appelé C...

L'enfant dort tranquillement toute la nuit. Le lendemain matin, il descend de sa chambre en courant et dit à sa famille qu'il a vu à plusieurs reprises apparaître à sa fenêtre la tête du voisin ; plusieurs fois dans la journée la même « vision » se reproduit.

Nous voyons C... dans l'après-midi. Il nous répète avec assurance et précision les faits que nous a rapportés sa grand'mère et nie formellement avoir objectivé un rêve. L'enfant est très bien orienté dans le temps et dans l'espace ; il n'a présenté dans les jours précédents aucun épisode fébrile et n'a pris aucun médicament, ce qui écarte le diagnostic de confusion mentale d'origine infectieuse ou toxique. L'absence de stigmates hystériques et de désorientation, ainsi que la belle ordonnance de l'épisode hallucinatoire nous font rejeter l'hypothèse d'un délire pithiatique du type décrit par Mairet et Salages. Quant à la psychose hallucinatoire chronique, elle n'entre évidemment pas en ligne de compte ici, étant donné l'âge du sujet, l'absence de prodromes, la prédominance d'hallucinations visuelles. La schizophrénie ne paraît guère cadrer avec le type psychique de C... Nous pensons bien à la simulation : mais l'enfant n'a jamais tenté d'échapper à l'école, il s'y montre très appliqué et n'a jamais fait preuve de mythomanie. Dans ces conditions, notre embarras est grand et nous proposons à la grand'mère de le conduire au Dispensaire d'Hygiène mentale et de le soumettre à l'examen de M. le professeur Divry.

Le lendemain, nous apprenons que C..., craignant d'être colloqué, a avoué la simulation. Désireux de connaître les motifs auxquels il a obéi, nous allons de nouveau l'interroger. Il nous dit que ses grands-parents voulaient lui faire continuer ses études pour en faire un comptable ou un instituteur ; lui-même préférait de beaucoup entrer à l'école de mécanique.

Il avait fait dans ce sens quelques demandes mais s'était toujours heurté à l'opposition de sa famille. Ayant entendu raconter quelques jours plus tard qu'un jeune homme était devenu fou pour avoir trop travaillé de l'esprit, l'idée lui était venue de simuler des troubles mentaux. Quant aux éléments de son pseudo-délire, il les avait trouvés au cinéma : il fréquentait en effet, assez régulièrement, un établissement qui s'est spécialisé dans les scènes du Far-West et des bas-fonds de Paris.

Nous avons revu l'enfant à plusieurs reprises dans la suite: il suit avec succès les cours de l'Ecole de Mécanique et s'est toujours montré normal psychiquement.

Notre sujet nous paraît appartenir à ces rares individus normaux dont parle Fribourg-Blanc au début de son rapport et qui créent de toutes pièces un syndrome mental sans apport d'éléments psychopathiques préexistants.

M. Hesnard (de Toulon). — Messieurs, j'ai été très touché de la conscience scientifique, alliée à une parfaite courtoisie, qui a poussé mon camarade de l'armée, Fribourg-Blanc, à rappeler longuement mes travaux personnels concernant « la fausse simulation ».

Le sujet de ce rapport appartient essentiellement à la Psychiatrie militaire. L'auteur l'a traité avec cette clarté séméiologique et cette pénétrante objectivité qui sont comme l'esprit même du Val de Grâce, cette pépinière de savants que la Marine, avec tout le monde, envie à l'armée.

Il y a en effet, Messieurs, une psychiatrie militaire, ce dont votre éminent Président, le Dr Pactet, est convaincu ainsi qu'en témoigne son remarquable discours d'ouverture, mais ce dont quelques aliénistes de carrière, parmi les plus notoires et les plus érudits, doutent encore, pour la raison que cette psychiatrie spéciale, surgie derrière les grilles de nos hôpitaux militaires, se cultive volontiers dans son service, pour s'évanouir totalement dès que le soldat ou le marin, conformé psychopathe, s'en va vers l'Asile d'aliénés.

On a écrit et répété que « la psychiatrie des militaires était celle de tout le monde ». Ce n'est pas vrai, du moins en ce qui concerne un des éléments les plus frappants du tableau clinique : la façade symptomatologique, la coloration expressionnelle que lui communique très souvent le milieu.

On a dit : La Folie intermittente, la Paranoïa, la démence

précoce, la confusion mentale n'avaient pas d'uniforme au temps de la guerre. Mais quand elles franchissaient la porte du centre psychiatrique d'armée, on leur en préparait un, sans le vouloir. Et lorsqu'elles arrivaient dans les hôpitaux du territoire, dans ce milieu ambulancier d'une psychologie très particulière, leur habillage réglementaire était un fait accompli.

Durant la guerre et, à l'état atténué, dans le milieu militaire du temps de paix, les psychoses éclatent au milieu d'un cortège de symptômes bruyants déclanchés par le surmenage de la période prodromique, la sensibilisation émotive progressive résultant des premiers déboires du psychopathe, sans compter les erreurs d'hygiène que peut entraîner, dans un milieu de rigueur, la méconnaissance des symptômes... Or, tous ces facteurs physiques et moraux d'épuisement intensifient la suggestibilité de l'individu, rappellent ses aptitudes plastiques constitutionnelles, précipitent ses possibilités de réaction pithiatique, le rendent de plus en plus accessible à toutes les influences ambiantes, tant menaçantes (comme la peur des sanctions) qu'amollissantes (comme les cajoleries et apitoiements des dévouements féminins, ou simplement l'éventualité de la réforme).

Je sais bien que je vais faire dire encore une fois de moi que je fais de la « Psychiatrie romancée » ; romancée ou non, pourvu qu'elle soit vraie et utile, peu importe. Je crois qu'entre autres causes le désir d'être malade pour éviter le danger est capable, toute intention consciente mise à part, de donner à un asthénique de l'esprit, à un confus atténué, à un commotionné ou plutôt à un émotionné, apathique ou anxieux, des allures grand-guignolesques de « grand mutilé du système nerveux ».

Il s'agit surtout de petits débiles ou de déséquilibrés instables et suggestibles, toujours extrêmement émotifs, ayant déjà présenté parfois des réactions névropathiques telles que des crises ou des accidents pithiatiques somatiques.

La race aussi joue un rôle considérable. Et nous avons signalé, Porot et moi, combien facilement les Arabes, les Judéo-Arabes, les Levantins et certains peuples primitifs dérivent leur trouble psychique, parfois léger et fugace, mais sincère, dans un désordre mimique extravagant et pseudo-simulateur.

Il m'est impossible d'apporter ici des faits : j'en ai trop à

la mémoire. Pour n'en citer qu'un, je vois encore, vers la fin ed la guerre, sur le navire qui l'évacuait de Salonique sur Bizerte, un commerçant levantin qu'on avait recueilli, hébété, sous le bombardement de Monastir.

Evacué sur le centre psychiatrique de l'armée d'Orient, il avait été vu attentivement par mon éminent ami Vineton, qui avait fait consciencieusement et selon toutes les traditions psychiatriques, le diagnostic de « confusion mentale à évolution hébéphréno-catatonique ». Cet homme sortait de son apathie sur la moindre sollicitation de l'observateur, lequel pouvait déchaîner à la moindre incitation gaie un rire énorme et interminable, à la moindre incitation triste un déluge de larmes, à la moindre menace une mimique clownesque de panique. Bref, ce malade était un pantin de l'émotivité, dont on pouvait à son gré tirer toutes les ficelles... Ayant remarqué qu'il ne se comportait pas en confus et qu'il n'était nullement inaffectif, je l'isolai et lui fis comprendre que ce jeu devait cesser : à l'instar d'un pithiatique, il guérit en quelques jours de son énorme désordre mimique. Je pensai aussitôt à la simulation, cette terreur des médecins militaires, mais lorsque je connus mieux sa mentalité, je vis qu'il était parfaitement sincère. C'était un brave garçon, épouvantablement émotif, dont le choc émotionnel de guerre, avait, derrière la sidération confusionnelle des premières semaines, mis en œuvre une extrême suggestibilité réceptive à toutes les cultures.

C'est ce point que je voulais mettre en lumière. Il y a, dans certaines psychoses surtout aiguës, évoluant en milieu militaire, un coefficient d'expression morbide, essentiellement accessible à la suggestion et qui va depuis la simple complaisance psycho-somatique du névropathe en défense contre son milieu, jusqu'à la plasticité mentale très grave du dément précoce, analogue dans le plan mimique à ce qu'est sa « flexibilitas ciréa » dans le plan psycho-musculaire. Et c'est surtout cette discordance entre l'expression extérieure et le trouble psychique primitif sous-jacent, qui communique à beaucoup de psychopathes en milieu d'accidents du travail et de sinistrose, ou sous l'uniforme, spécialement en temps de guerre, un aspect artificiel qui ressemble à la simulation, mais qui n'en est nullement.

Je ne continue pas sur ce sujet, qui est un de mes sujets de prédilection. Car c'est toute la psychiatrie qu'il faudrait reprendre sous cet angle séméiologique du « délire d'expression »

selon le terme que j'ai proposé avec Porot : hystérie à formule mentale, syndrome de Ganser et états crépusculaires des prisonniers et des émotionnés de guerre, puérilisme mental, fausses manies ou mélancolies des névropathes... Le rapporteur, d'ailleurs, a exposé l'essentiel de cette conception.

Et maintenant, Messieurs, que j'ai terminé cette brève intervention, je réclame de notre Président une minute supplémentaire, pour accomplir un pieux devoir.

Puisque la psychiatrie militaire est aujourd'hui à l'honneur, je veux rappeler ici quelle est, à peu près tout entière, l'œuvre de mon tant regretté maître bordelais, le prof. Régis. D'autres, plus qualifiés, en particulier votre Président du Congrès M. Pactet, ont prononcé son éloge. Mais nous, praticiens militaires, tenons à dire aujourd'hui que cet homme a été l'inspirateur de tous nos travaux. Armée, marine, colonies, son génie lucide avait pensé à tout, tout prévu, tout préparé. Et si l'organisation psychiatrique à laquelle son apostolat a abouti dans ces milieux, est encore chose bien imparfaite et bien peu encouragée, elle n'en demeure pas moins susceptible d'un perfectionnement indéfini.

Je rends ici hommage à la mémoire de ce Bordelais, de ce grand homme, dont la gloire psychiatrique a dépassé très largement les limites de sa patrie d'adoption, pour vivre de la vie des grandes idées dans tous les cerveaux, et pour rayonner, par delà cette Faculté de Médecine, sur l'humanité.

M. Porot (d'Alger). — Je remercie le Rapporteur d'avoir bien voulu rappeler l'étude que j'avais faite, en 1921, de la « Simulation des maladies mentales », au Congrès de Luxembourg, et d'avoir insisté sur ce fait qu'il n'y a pas d'opposition entre les deux problèmes, celui de la simulation et celui des fausses simulations. C'est le même problème, le même cliché, pourrait-on dire, vu en « négatif » dans un cas, en « épreuve positive » dans l'autre cas.

Sur le terrain psychologique, le problème posé est identique: c'est celui de la *sincérité* ; qu'il me soit permis de rappeler encore ici les beaux travaux de notre regretté collègue Dromard, ses recherches sur « Les mensonges de la vie intérieure » et son « Essai sur la Sincérité » (1). Personne, mieux que lui, n'a montré le rôle de l'auto-suggestion.

---

(1) 2 volumes de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, chez Alcan, éditeur.

N'oublions pas non plus que, dans son essence, la simulation est avant tout un réflexe de défense et de conservation, plus ou moins conscient, plus ou moins commandé par l'état mental du sujet et son degré de « syntonie », ce qui laisse deviner que la discordance mimique est souvent en rapport avec une anomalie du sens pragmatique.

Au point de vue médico-psychologique, sur quelque terrain que ce soit, civil ou militaire, quelles que soient les circonstances de fait ou les déductions à tirer, de quelque manière plus ou moins anormale que se posent les données du problème à résoudre, ce dernier se réduira toujours aux deux termes d'une équation : 1° le fonds mental réel, l'état psychique vrai du sujet d'une part, et : 2° l'usage plus ou moins adéquat à cette vie intérieure qu'il fait de ses facultés d'expression d'autre part.

Je rappelle qu'il y a toute une *séméiologie des troubles de l'expression,* envisagés moins dans leur détail analytique que dans leurs rapports avec le psychisme sous-jacent, et que nous avons pu décrire, avec Hesnard, de véritables *délires d'expression,* faits de discordances ou de dysharmonies mimiques ou d'inadéquation de la mimique au fonds mental réel. « C'est le lien commun, disais-je dans mon rapport, qui permet de rapprocher pithiatiques et simulateurs, débiles et déments précoces, tarés et déséquilibrés. »

Aussi, dans la pratique, pour bien mettre au point un cas de ce genre, devons-nous faire porter notre étude sur les éléments majeurs qui conditionnent la mimique expressive, à savoir : 1° le niveau intellectuel et le développement du sens critique ; 2° la richesse imaginative ; 3° le degré de suggestibilité vis-à-vis de l'entourage.

Et c'est par là qu'on arrive à distinguer : 1° les vraies *simulations totales* (les simulations 100 0/0 pourrait-on dire) qui sont rares ; 2° les *grandes discordances* mimiques de la *démence précoce ;* 3° les faits que j'ai appelés *méta-simulations:* persévération de confus au réveil par auto-suggestion, bien étudiée, chez les commotionnés, par Georges Dumas ; 4° enfin les cas les plus fréquents de *surcharge par exagération* (*sursimulation*).

Et je remercie encore le rapporteur d'avoir bien voulu limiter le sens de ce terme de *sursimulation* aux cas où les sujets amplifient, plus ou moins consciemment, des anomalies mentales réelles, des tendances pathologiques qui les orientent dans

un sens déterminé à l'avance, prévisible et dont l'expression apparente dépasse la signification réelle. Ce terme de *sursimulation,* trop commode et dont on a abusé, a trop souvent facilité la paresse d'esprit et dispensé d'une analyse minutieuse des faits. Redoutons le fétichisme des mots, comme cette phrase lapidaire de Lasègue, trop souvent reproduite : « On ne simule bien que ce que l'on a », joli mot, mais qui ne signifie pas grand'chose.

Parmi ces sursimulateurs, se trouvent, ainsi que nous l'avons, montré :

a) des *débiles* qui exagèrent les petites tares qui font si souvent escorte à leur insuffisance mentale, petites tares secondaires bien étudiées par différents auteurs, en particulier par notre collègue belge, Vermeylen : niaiserie, maniérisme, puérilisme, hypomanie, etc...

b) des *déprimés* qui font de la surcharge et accentuent leur comportement mélancolique. Et, à propos de ces déprimés, rappelons qu'il n'est pas rare d'avoir affaire, dans la pratique civile, à des *psychoses pénitentiaires* qui déroutent les magistrats. De suite après son délit ou son crime, un inculpé répond normalement à l'interrogatoire ; puis, au bout de quelques semaines, le voilà en pleine dépression ou en pleine excitation ; on conçoit que le premier mouvement vis-à-vis de ce désordre de l'esprit soit un mouvement de méfiance et qu'on tende d'abord à lui prêter une signification utilitaire ;

c) enfin, parmi les sursimulateurs vrais, doivent rentrer *certains agités* qui font des crises d'*auto-excitation* consciente ou se livrent à des revendications excessives.

— En ce qui concerne le *syndrome de Ganser*, les plus grandes réserves s'imposent sur sa signification et sa valeur pronostique. Il n'est pathognomonique de rien en particulier et signifie *discordance* (au sens où l'entend Chaslin) ; on le voit dans la démence précoce, mais aussi dans des affections cérébrales organiques à marche rapide.

— Quant à l'*auto-accusation* de simulation, dont a parlé le rapporteur et dont il a apporté 2 observations, elle peut se voir chez certains délirants, en dehors des mobiles cités par M. Fribourg-Blanc. Qu'il me soit permis de rappeler l'observation que j'ai publiée en 1926, au Congrès de Médecine légale: une persécutée hallucinée, au cours d'un raptus anxieux, tue une de ses voisines. Commis comme expert, je la vois d'abord

en pleine crise avec tachycardie, anxiété, insomnie ; l'accès se calme au bout de 3 semaines et la malade, pressentant alors la mesure d'internement qui l'attend, s'accuse d'avoir simulé et, pour se disculper, prétend que sa sœur a été l'instigatrice de son crime et de sa simulation (*auto* et *hétéro-accusation*).

On voit, par ces différents faits, toute la perspicacité nécessaire dans la conduite du diagnostic, toute la prudence et la temporisation parfois indispensables dans les conclusions d'ordre médico-légal.

M. d'Hollander (de Louvain). — Le superbe rapport de M. Fribourg-Blanc m'a intéressé à plusieurs points de vue. Je n'en veux retenir que deux.

Lorsqu'en 1909, je décrivis le syndrome de Ganser, la première fois dans le délire d'interprétation, il était classique de ne le rencontrer que dans l'hystérie. Depuis lors, il a été relaté dans divers états mentaux.

Il y a lieu toutefois de bien distinguer entre le syndrome de Ganser, état mental complet et le symptôme de Ganser, appelé symptôme des réponses et des actes absurdes.

Ce dernier, en vérité, constitue l'élément qui donne au syndrome sa physionomie caractéristique, mais n'en forme qu'un seul des éléments.

Ce symptôme peut s'observer dans des états mentaux divers, par exemple la débilité mentale, la démence précoce.

La pathogénie de ce symptôme varie d'après l'état mental qu'il représente. Je veux n'en citer que deux modalités. D'abord comme réaction de défense chez certains paranoïaques qui, sous le couvert de l'ironie, cherchent à éluder l'interrogatoire dans le but d'éviter la violation de leur conscience.

Un autre mécanisme répond à la loi du moindre effort, c'est celui qui entre en jeu dans quelques cas d'inhibition profonde, et aussi d'affaiblissement intellectuel, et dans certains délires de négation, spécialement les délires d'impuissance psychique.

Le second point sur lequel je veux attirer l'attention est le suivant :

Il est des situations mentales, où l'appellation « fausse simulation » peut s'appliquer à la lettre. Je veux parler de certains essais de dissimulation chez les délirants chroniques

qui, une fois entrés à l'Asile et mis en face de leurs extravagances ou de leurs réactions antisociales, cherchent à en minimiser la portée, ou en écarter les conséquences funestes en prétextant que tout ce qu'ils ont présenté, tout ce qu'ils ont fait, au cours de leurs fugues, au cours de leurs épisodes confusionnels, n'était qu'une pure comédie de leur part, en d'autres mots, qu'ils ont simulé la folie. C'est, en quelque sorte, la simulation de la simulation.

Evidemment, le psychiatre appréciera rapidement à sa juste valeur ce grossier subterfuge de dissimulation, mais comme au point de vue pénal, l'aveu constitue la suprême des preuves, le personnel des prisons et le monde de la magistrature, pourraient se laisser induire en erreur. A ce titre, ces situations méritent d'être soulignées.

M. Egon Kohler (de Genève). — Monsieur le Président, Messieurs les Professeurs, Mes chers et honorés confrères, il est difficile d'ajouter quelque chose, non seulement au rapport si complet et si précis de notre honoré confrère, M. le professeur Fribourg-Blanc, mais aussi à la discussion qui résulte d'une thèse aussi éminemment exposée malgré sa complexité.

Oui, il est bien vrai que dans les cas de « fausse simulation », tout dépend de la question du diagnostic précoce et précis, une fois le diagnostic posé, les conséquences médico-légales en résultent généralement presque automatiquement.

Mais avons-nous médecins, je parle peut-être uniquement « pro domo mea », c'est-à-dire du canton de Genève, toujours l'occasion de faire valoir notre diagnostic vis-à-vis des autorités légales qui nous sont imposées pour les ratifier ?

Nous dépendons de cette ancienne institution encombrante, sans grande importance pour de « faux simulateurs » qui veulent paraître atteints de troubles mentaux qui amènent certainement au but visé par eux, « l'asile », pour échapper soit aux exigences de la loi ou de la société, soit pour se mettre à l'abri.

Mais, bien autrement se présente la situation pour ces « cas frontière », pour ces « mitoyens » qui tâchent avec le reste de leur intellectualité, de se faire passer pour des bien portants au point de vue mental, et cela, tout spécialement au moment où le danger d'une limitation de leur liberté person-

nelle leur apparaît imminent. Je veux donc parler ici des « faux simulateurs » qui sont des « dissimulateurs » ayant encore la capacité intellectuelle suffisante pour esquiver toute tentative médicale de limitation ou d'interdiction.

Ces dissimulations sont, pour moi, moins volontaires que réflexes ; elles sont comparables peut-être à une défense instinctive qui se rencontre même chez certains animaux dès qu'on veut les capturer.

Ces cas esquivent habilement dès le début, une procédure longue à poursuivre et aboutissant seulement parfois après qu'une catastrophe familiale, sociale, même industrielle est arrivée, donc trop tard.

Ce sont des psychopathes, des dégénérés, des génies incapables, des fous conscients, des schizoïdes, des paranoïdes qui paraissent sains d'esprit à leur entourage éloigné. Nous, médecins-psychiatres ayant rarement l'occasion de les examiner autrement que d'une façon tout à fait superficielle, restons impuissants devant cette situation délicate et encombrante, car ils se refusent habilement à toute autre expérience qui pourrait démasquer leurs tares mentales.

Ils fuient le médecin, d'autant plus le psychiatre. Ils cherchent le salut de leurs sensations pénibles chez des herboristes, des magnétiseurs, des diseuses de bonne aventure, qui sont partout et toujours prêts à exploiter cette catégorie de déséquilibrés, à leur suggérer leur intégralité des facultés mentales, soutenant leurs idées bizarres, donnant raison à leur tyrannisme familial, leurs excentricités, et ce n'est parfois qu'après leur mort qu'on découvre le pot aux roses.

Pour illustrer ce que je peux seulement esquisser — car le temps presse — permettez-moi deux exemples : c'est encore avant mon départ de Genève que j'entrepris avec beaucoup de plaisir puisque la Gironde, surtout Bordeaux avec sa science lumineuse, avec ses beautés architecturales, avec ses amabilités (avec ses jolies femmes et son bon vin) m'avait toujours donné une douce nostalgie, j'étais tristement impressionné par une conséquence fâcheuse de circonstances spéciales qui m'étaient imposées par l'attitude d'une malade.

Il y a environ 5 ans, je fus consulté par une personne âgée de 60 ans, petite propriétaire, qui se plaignait de différents troubles pas bien déterminés — mais localisés comme elle le prétendait, dans la moelle épinière. Aucun signe organique,

ni au point de vue neurologique, ni au point de vue médical, ne pouvait justifier cette plainte.

Au cours de la conversation, j'apprenais qu'elle était déjà allée voir des herboristes, des voyantes, qui la traitaient soit par des tisanes, soit par des passes magnétiques, soit par des bains spéciaux qui, par moment, lui enlevaient ces sensations pénibles.

Selon son idée, son état maladif provenait de ce que plusieurs personnes mal intentionnées lui envoyaient des courants électriques à haute tension par la T. S. F. dans le but de l'électrocuter et s'approprier ainsi ensuite la petite maisonnette qu'elle habitait en ménage commun avec sa fille et son gendre aveugle par glaucome. Elle me demandait une prescription pour faire disparaître non seulement ses douleurs, qui la tourmentaient surtout la nuit, mais aussi les différentes voix qui lui troublaient le sommeil, en lui produisant des cauchemars.

Quoi prescrire ?

Quoi faire d'autre que de se mettre en relation avec sa fille. Celle-ci était une personne honnête et brave qui travaillait courageusement pour subvenir à ses besoins et à ceux de son mari, qui s'occupait péniblement du cannage des chaises. Elle me confiait que, depuis cinq ans environ, sa mère était parfois vis-à-vis d'elle d'une méfiance non justifiée, refusant souvent les plats qui lui étaient présentés sans vouloir dire « le pourquoi », tandis que pour ses voisins elle était une personne très sympathique, d'une amabilité et d'une serviabilité à toute épreuve, qui ne trahissait que tout à fait superficiellement ses malaises corporels, ses troubles sensitifs et ses constatations oniriques.

Sa fille seule était au courant des idées qui tourmentaient sa mère, c'est-à-dire de l'influence des ondes, etc., etc... Mais tout cela lui semblait sans grande importance, ayant toujours eu l'habitude du caractère un « tout petit peu bizarre, parfois austère » de sa mère qu'elle pouvait quand même, sans trop grande difficulté, entourer de soins chez elle.

Je l'avertissais que, d'après mon impression, il s'agissait dans ce cas d'une aliénation partielle et que le mieux serait de confier sa mère à l'un de nos établissements cantonaux où, par une observation sérieuse, on pourrait mieux que moi arriver plus près de la vérité.

J'ai revu la malade à deux autres reprises dans mon cabi-

net ; c'étaient toujours les mêmes plaintes, les mêmes tourments, elle me demandait de nouvelles prescriptions car la médication antérieure, prétendait-elle, ne pouvait pas être supportée, pas même avalée.

Après la troisième consultation, j'ai reçu une lettre par laquelle elle me demandait le montant de mes honoraires, qui me furent envoyés immédiatement. Tout était donc réglé et je n'entendais plus parler d'elle jusqu'au jour où j'appris par le journal qu'elle était décédée.

Quelque temps après, à ma grande surprise, je reçus la visite de sa fille qui me fit part, les larmes dans les yeux et une désolation déchirante dans son cœur, qu'elle était déshéritée, qu'elle devait quitter avec son mari aveugle, la maisonnette où ils avaient vécu environ dix ans en soignant aussi bien que possible leur mère, car cette dernière avait laissé un testament par lequel elle léguait tous ses biens à des cousins éloignés qui voulaient réaliser et la mettaient, de ce fait, à la porte.

A ma question : « Pourquoi 4 ans 1/2 auparavant votre mère m'a-t-elle quittée », j'ai appris que pendant une discussion pénible qu'elle avait eue à ce moment avec sa mère, cette dernière prétendant que la personne qui faisait marcher les ondes était sa fille même, elle lui confiait, pour se défendre et pour la calmer, ce qu'elle avait appris par moi lors de sa première visite, que toutes ses sensations étaient de nature nerveuse, étaient de la folie.

C'est le lendemain de cette scène que je reçus la lettre dont je vous parlais plus haut et que la malade ne parut plus.

J'appris également que la malade avait manœuvré de la même façon avec plusieurs autres médecins avant d'arriver à sa fin par hémorragie cérébrale. Entre temps, elle avait été soignée par des charlatans, des sorcières, des herboristes.

Le testament, daté d'environ 4 ans avant sa mort, restait valable au point de vue de la loi, car aucun certificat médical n'était ratifié par le département de justice et de police.

Une autre affaire semblable, encore en suspens devant les tribunaux d'une grande ville, un formidable procès d'un de mes clients ; il ne s'agit pas là d'une simple maisonnette, mais de quelques millions de francs-or qui furent légués par une paranoïde sénile et diabétique âgée de 80 ans, d'une part à son secrétaire, d'autre part à différentes œuvres de bienfaisance, alors que son héritier devrait se contenter de sa part réser-

vataire. En outre, le testament en question avait été écrit quelques jours avant sa mort en présence de témoins qui, à ce moment, la prétendaient parfaitement lucide, malgré le 1,86 pour 1.000 d'urée dans le sang.

Que faire quand on est consulté dans des cas semblables ? J'aurais encore à citer bien d'autres affaires identiques où il me fut permis de suivre pendant des années, en qualité de médecin interne, mais non de neurologue-psychiatre, l'évolution d'une situation dramatico-fâcheuse causée par des faux simulateurs ou dissimulateurs de santé mentale.

Est-ce que dans ces cas le testament est contestable ou non? Ces exemples illustrent combien il serait nécessaire de changer quelque chose à la législation de quelques pays qui sont encore en retard, de développer davantage l'enseignement psychiatrique et de la médecine légale pour éviter non seulement des erreurs immédiates, compromettent les magistrats, nuisant au renom de la justice, mais encore des conséquences tardives dramatiques pour ceux qui survivent aux personnes ayant agi dans une phase mentale anormale, soit par leur constitution pathologique qui dissimule, dont par « fausse simulation », soit pendant une phase ou un changement humoral conditionné des troubles du raisonnement.

Pour conclure, les faux simulateurs, une fois internés, ne sont pas dangereux, car ils sont démasqués par la force des circonstances et, par conséquent, interdits, tandis que ceux qui dissimulent si bien leur état psychopathologique et qui, pourtant, ne peuvent être livrés au lieu juste de leur destination, sont ceux qui sont le plus à craindre.

Ces derniers et leur famille méritent toute attention médicale lorsque nous avons l'occasion de les consulter, mais il est bien rare que nous soyons consultés au moment opportun.

C'est de ces cas que j'ai voulu parler ; c'est de ces cas que résultent le plus souvent des drames familiaux irrémédiables.

Mais comment changer l'état des choses ?

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux). — Entre le simulateur et le faux simulateur, il existe une espèce hybride de types morbides dont l'histoire clinique commence par la simulation pour continuer par la maladie et se termine par la pleine santé mentale, mais peut aussi se régler par la chute dans la vésanie. Ces cas posent un grave problème à la fois

d'acte moral et pratique, dont la solution ne manque pas d'être périlleuse pour l'expert voué à l'erreur, selon qu'il concluera à telle ou telle phase de l'évolution, et ne saura pas résister à la pression de ses commettants désireux de solutions rapides.

Il s'agit de sujets évidemment mal équilibrés, le plus souvent fort intelligents, toujours dotés d'une émotivité extrême qui détermine à simuler la folie pour des mobiles utilitaires présentant après quelques jours ou semaines un trouble confusionnel transitoire. Ces petits épisodes, de confusion plus ou moins complète, apparaissent sous les influences combinées de l'émotion, du refroidissement, de la fatigue musculaire, d'une banale affection fébrile intermittente, de l'inanition ou de la peur soudain révélée de se prendre à ses propres pièges et de devenir vraiment aliénés. Ils se dissipent généralement assez vite, grâce à la réalisation de meilleures conditions hygiéniques ou d'assistance, pour faire place à la pleine raison.

Je ne pense pas qu'une telle fragilité mentale, cependant si facilement affirmée, doive suffire à créer une présomption d'irresponsabilité, dangereux talisman pour l'avenir, dont les intéressés ne manqueraient point de se prévaloir, le cas échéant.

M. Paul Vervaeck (de Bruxelles). — Le très distingué rapporteur n'a pas cru devoir employer le terme de psychose pénitentiaire. L'estimerait-il inopportun ? Il nous paraît cependant que ce vocable résume bien les circonstances étiologiques dans lesquelles se pose souvent, en pratique civile, le problème des fausses simulations. L'expert se trouve en présence d'un tableau morbide, fréquemment atypique, dont on peut attribuer l'apparition aux perturbations émotives que comportent la détention, l'isolement du milieu familial, l'incompréhension du langage, s'il s'agit d'un étranger, les appréhensions de l'instruction et l'incertitude de l'avenir. La psychose pénitentiaire est, en somme, un type de ces psychoses réactives, auxquelles les auteurs étrangers réservent volontiers le nom de psychose de situation. Quand, après une évolution parfois longue, les troubles commencent à régresser, se dégage plus nettement le terrain de déséquilibre psychique, qui seul en a permis l'éclosion.

Au point de vue médico-légal, la tâche est grandement facilitée lorsque l'observation du cas suspect peut être réalisée

dans le milieu pénitentiaire avec la collaboration d'un personnel spécialisé.

D'autre part, la solution pratique des cas individuels se simplifie et n'oblige plus au dosage impossible du taux de responsabilité, si l'on dispose d'une législation qui permette d'appliquer aux cas graves de déséquilibre mental la même mesure d'internement prolongé (dite de défense sociale) qu'aux malades mentaux proprement dits.

M. Laignel-Lavastine (de Paris), rappelle qu'il a, avec Paul Courbon, publié un cas typique de fausse simulation dans leur volume « les Accidents de la guerre », publié chez Ballière et qui eut, un an après la guerre, les honneurs de la censure. Il s'agissait d'un dément précoce qui se livrait à une claudication grotesque pour faire croire à une impotence d'une jambe chaque fois qu'il se savait regardé.

M. Laignel-Lavastine rapporte ensuite un autre cas schématique observé avec Rogues de Fursac et Truelle. Il s'agissait d'un escroc qui avait détourné plus d'un million et qui, à deux examens d'expertise, donnait par l'absurdité de ses réponses, son inertie et son aspect amnésique, l'impression d'un simulateur. Mais l'examen objectif révéla enfin un blocage partiel du liquide céphalo-rachidien à l'appareil de Slatte par l'épreuve de Queakensteedt. La fausse simulation était donc symptomatique d'une tumeur cérébrale.

M. Darleguy, *Médecin de le Marine, Toulon.* — **Les fausses simulations dans les milieux maritimes.**

Le problème des fausses simulations des maladies mentales, qui vient d'être très clairement exposé par M. le Professeur Fribourg-Blanc, dans un rapport parfaitement documenté, est celui qui chaque jour se pose à nous, Neuro-Psychiatres de la Marine, dans un service hospitalier.

En effet, nos malades, de par leur origine, leur recrutement, présentent au contact du milieu maritime des réactions toutes spéciales. Notre clientèle hospitalière est constituée par des appelés, recrutés pour une année, des Inscrits maritimes, des ouvriers des Etablissements maritimes et surtout par des engagés volontaires.

D'une manière générale, ce sont les engagés qui fournissent

le pourcentage le plus élevé d'anormaux, de tarés, et par conséquent de délinquants et aussi de simulateurs sous toutes leurs formes : simulateurs vrais et faux simulateurs.

Le service de la propagande s'adresse à ce mode de recrutement pour ses marins spécialisés, dont elle a tant besoin pour les nouveaux bâtiments, véritables usines flottantes. Beaucoup de jeunes gens répondent à cet appel. Ils viennent d'un peu partout, vers ce milieu qu'ils ignorent. C'est parce que trop de ces engagés n'ont aucune notion de ce qu'est la Marine et la vie du marin, que certaines déceptions naissent avec une rancœur plus ou moins extériorisée, et cette rancœur, trop fortement comprimée, amènera soit un sursaut de révolte (absence illégale, désertion, vols), soit des manifestations psychiques auxquelles, inconsciemment, il coopère pour en accuser les symptômes ou les prolonger jusqu'à la réalisation inavouée de leur désir : la libération par la réforme, la pension d'invalidité.

Nous apportons deux observations, que nous résumerons, relatives à des faits de simulation ou de sursimulation.

1re Observation

V... est un matelot-infirmier, appartenant à une excellente famille, qui, lassée par l'inconduite habituelle de leur fils, l'a forcé à s'engager dans la Marine.

De 8 à 15 ans, il aurait eu des crises nerveuses de nature indéterminée, avec des tics passagers de la face, des doigts ; à 17 ans, il aurait eu une fièvre cérébrale. Dans sa jeunesse, il s'est toujours montré irritable, impulsif, coléreux, inadaptable au milieu familial ou de l'école.

Une sœur a été internée quelques années vers 18 ou 20 ans.

Dans la Marine, il a réussi à être breveté infirmier, car il n'est pas dépourvu d'intelligence. Mais là comme dans sa famille, sa conduite fut partout déplorable, à telle enseigne que ses chefs ont demandé sa comparution devant un Conseil de discipline. Les motifs de ses nombreuses punitions ne montrent chez lui aucun trouble de la moralité, mais une instabilité continuelle : absence à des appels, négligences fréquentes en service. S'il a fait de nombreuses dettes, il a toujours donné l'adresse de ses parents.

Un matin, brusquement, il a présenté une crise nerveuse

épileptiforme, avec cris, chute, perte de connaissance, mouvements désordonnés. Au bout d'un quart d'heure, il a repris partiellement ses sens. A partir de ce moment, on assiste à un état pseudo-délirant, avec agitation désordonnée, paroles incohérentes.

Durant plusieurs semaines, il persiste dans cette attitude, salissant tout dans sa chambre d'isolement, brisant la vaisselle, déchirant la literie. Mais son faciès hagard semble trop hagard, ses gesticulations trop désordonnées, trop puériles. D'autre part, elles s'arrêtent au moment des repas et permettent le repos de la nuit.

Dès le début, le syndrome démentiel a paru suspect. Nous avons essayé de raisonner V..., lui promettant l'impunité s'il avouait. Il a persisté et, pour des raisons administratives, après deux mois d'observation, nous avons dû l'interner.

Peu de jours après son entrée à l'Asile, il a fait des aveux. Et le jour même, il faisait part à l'infirmier du service de son intention de s'évader.

Ramené dans notre service, V... a essayé encore de simuler un état démentiel : regard égaré, gestes vagues. Arrêté dans cette tentative dès le 1er examen il a, instantanément, reproduit des tics qu'il avait présentés pendant sa jeunesse et qu'il croyait que nous ignorions.

Nous l'avons aussitôt arrêté encore dans cette deuxième simulation.

A partir de ce moment, il n'a plus rien simulé. Une nuit, trompant la surveillance, il a quitté le service. Ultérieurement, il a été présenté devant la Commission de réforme.

En résumé, l'histoire clinique de ce cas comprend deux phases. Dans la première, V... a simulé pendant plusieurs semaines un état démentiel atypique, exagéré et suspect, en se servant de ses connaissances d'infirmier, comme il nous l'a confirmé d'ailleurs.

Dans la deuxième phase, V... simule des troubles moteurs au moyen de souvenirs organiques et de son aptitude hystériforme : tics qu'il avait présentés dans son enfance.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter, car elle montre associés, sur un terrain dégénératif de déséquilibre mental, un état de simulation involontaire, utilitaire, dans le but d'échapper à une sanction disciplinaire grave, et une sursimulation sur le mode pithiatique.

2e Observation

La deuxième observation, que nous rapportons succinctement, a trait à un cas qui évolue sur les confins de la normalité et qui, parfois, a pu faire penser à un syndrome de Ganser.

P... est un matelot qui s'est toujours fait remarquer, avant de venir dans la Marine, par ses instincts batailleurs, et sa paresse.

Dans la Marine, il a été souvent puni pour mauvaise volonté et mauvaise conduite. Il s'était signalé par ses attitudes bizarres, ses réponses absurdes, son irrégularité au travail.

Au cours d'une punition de prison, il a présenté une exacerbation des signes discordants qu'il avait déjà manifestés, bruits, chants, bris de matériel, refus d'aliments. C'est pour cela qu'il est envoyé dans notre service.

Il se présente dans une attitude incorrecte, mal habillé, l'air hébété. Quant on lui demande son nom, son âge, il répond par des idées vagues de persécution, on veut l'empoisonner. Durant les premiers jours, il n'a pu donner aucun renseignement sur son identité. Dans la salle, on ne peut lui confier aucune occupation, il erre seul, marmottant des mots, des phrases inintelligibles.

On arrive même parfois à produire une sorte de catatonie, le malade conserve les attitudes qu'on donne à son bras, et même de l'échopraxie, lorsque nous faisons des mouvements de bras en face de lui.

Cependant, un examen attentif montre que toutes ces manifestations sont contradictoires, absurdes, souvent même exagérées.

Les menaces et un sévère isolement ont modifié ses gestes et ses propos, sans les supprimer totalement. Actuellement, il s'occupe dans le service, parle quelquefois avec ses camarades. Cependant, il est parfois un peu discordant, lance des membres de phrases sans suite, a des sourires sans motif, reste souvent seul, l'aspect hagard.

En conclusion, P... est un déséquilibré pervers, qui simule dans un but utilitaire (la réforme avec pension), en créant un tableau clinique à forme démentiel, très pauvre, comme ses moyens, et dont les éléments sont empruntés à son état mental antérieur.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter

aujourd'hui, car elle entre dans le cadre des faits analysés par le rapporteur.

Les « réponses absurdes » ou « à côté » de notre malade étaient au début voulues, en exagérant ses aptitudes psychiques, très limitées dans leurs capacités.

Cependant, depuis qu'il est sorti de la phase de simulation active, d'exagération consciente, il subsiste un tableau clinique fait de « réponses à côté », syndrome de Ganser, non intentionnel, et des discordances dans les paroles ou les actes qui nous font hésiter à porter le diagnostic d'hébéphrénie.

En effet, le polymorphisme de cette affection égare ou retarde parfois longtemps le diagnostic. Une longue observation seule permettra de faire la discrimination entre un déséquilibre mental avec simulation par exagération des facteurs de base de cette affection, ou un déséquilibre mental évoluant vers un état schizophrénique dont les premiers signes ont été consciemment exagérés par le sujet.

Nous avons voulu présenter ici deux observations parmi de nombreuses qui ont été prises dans notre service.

Notre milieu maritime a, lui aussi, ses simulateurs et ses faux simulateurs, et les manifestations qu'ils créent appartiennent au cadre général, partout et toujours le même, de la simulation et de la fausse simulation. Car « la simulation est de tous les âges et constitue pour ainsi dire un des attributs de la race humaine », et la fausse simulation a pour cause une symptomatologie de la pathologie mentale si infiniment nuancée et par suite difficile à comprendre sans un patient examen.

COMMUNICATIONS

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Note sur le pronostic de chronicité au cours des états maniaques-dépressifs

par les Dʳˢ Ch. Reboul-Lachaux (de Marseille)

et H. Bouyer (de St-Robert)

Est-il possible de prévoir l'évolution vers la chronicité au cours d'un accès de psychose maniaque-dépressive ?

Une statistique faite en 1928-1929 sur 365 internés depuis plus de 3 ans nous a révélé 10 malades seulement atteints de psychose maniaque-dépressive. Depuis lors, 3 sont guéris, 7 sont encore isolés ; sur ces 7, 3 peuvent évoluer vers la guérison, 4 sont à nos yeux des chroniques.

La chronicité se rencontre surtout sous la forme de périodicité persistante, de psychose maniaque-dépressive chronique. Elle est plus rare sous forme de manie, encore plus exceptionnelle sous forme de mélancolie.

Pour nous, la psychose maniaque-dépressive, dans ses trois manifestations cliniques, n'aboutit pas à la démence ; si, au cours d'une évolution prolongée, il y a apparition de signes démentiels, la démence est due à un facteur surajouté (artériosclérose, involution, etc...).

A côté des formes prolongées, mais curables, il existe des formes chroniques très rares, en proportion presque négligeable en pratique. Sur quels éléments peut s'établir le pronostic de chronicité ? Il ne peut être pressenti qu'après 2 ou 3 ans d'évolution ; il s'appuiera sur l'absence d'intervalles parfaitement normaux, sur la monotonie du tableau clinique, sur la modération des symptômes et parfois l'apparition de stéréotypies, de discordance ou d'automatisme.

La mesure de l'intelligence des paralytiques généraux avant et après la malariarisation

Par le Dr G. Vermeylen (Bruxelles)

Le problème psychopathologique soulevé par les résultats de la cure malarique chez les paralytiques généraux n'a pas encore déterminé toutes les recherches que soulève cette importante question.

Notamment, il est étonnant que les modifications heureuses produites par cette cure dans le domaine de l'intelligence n'aient été estimées que par des approximations que les techniques modernes permettent de dépasser largement. Les grandes différences constatées dans les statistiques des divers auteurs montrent à l'évidence que tous n'entendent pas de même les différents degrés de récupération intellectuelle.

Seul, à ma connaissance, le Dr Simon a abordé, tout récemment, l'étude expérimentale de ces modifications intellectuelles. Elles semblent confirmer, d'après lui, le bien-fondé des idées émises par lui-même et Binet, en 1909 et 1910, dans leur étude, trop peu remarquée, sur une nouvelle théorie psychologique et clinique de la démence.

Depuis 3 ans, j'ai entrepris la même étude et je suis arrivé par d'autres méthodes, à des conclusions qui se rapprochent de celles de M. Simon, sans concorder pourtant dans le détail complètement avec elles. De l'ensemble des cas que j'ai eus à traiter, je n'en ai gardé que 18 qui ont pu être testés avant et après malarisations et qui ont pu être suivis assez longtemps, c'est-à-dire de un à trois ans, pour réaliser toutes les conséquences psychiques de leur traitement. Quelques résultats très généraux de ces recherches ont été donnés dans le travail, publié en commun avec le Dr P. Vervaeck, sur les for-

(1) Th. Simon. — Examen de paralytiques généraux avant et après traitement. *Annales médico-psychologiques,* t. II, p. 118, 1930.

mes psychosiques chez les paralytiques généraux malarisés et la notion de démence paralytique (*Encéphale*, 1930, n°° 8 et 9).

La méthode utilisée est celle de l'examen psychographique de l'intelligence (1). Au lieu de se contenter de la recherche d'un niveau mental au moyen d'épreuves d'intelligence globale, simplement étalonnées par année d'âge, la méthode psychographique utilise un procédé plus analytique. Les principales fonctions mentales (attention-mémoire-jugement-raisonnement, adaptation) sont examinées séparément au moyen d'épreuves adaptées et étalonnées par année d'âge. Ces divers résultats sont répartis sur un diagramme, les années d'âge se trouvant inscrites à l'abcisse, les diverses fonctions à l'ordonnée. On obtient ainsi une courbe mentale permettant d'étudier le niveau de chacune de ces fonctions et de comparer ces niveaux entre eux. Il suffit enfin d'additionner les résultats partiels obtenus et de les diviser par le nombre de fonctions examinées pour avoir le niveau intellectuel global du sujet. Un autre avantage de la méthode est d'avoir très peu d'épreuves verbales, la plupart comportant des solutions d'ordre pratique et d'être complétée par une série d'épreuves, en ordre de difficulté croissante, spécialement adaptées à la mentalité adulte.

Sur nos 18 cas, 5 ont présenté une amélioration psychique qui peut être considérée comme un retour à l'état presque normal, 13 n'ont fait que des progrès insuffisants sur la nature desquels nous aurons à revenir, se sont stabilisés ou ont continué à régresser.

Avant la cure malarique. — Il convient de ne pas examiner les P. G. dès les premiers moments de leur admission. Généralement, quelques jours de repos modifient complètement l'allure des malades, en supprimant les appoints dûs au exo et auto-intoxications, à la mauvaise hygiène, et aux excitations psychiques de toutes natures qui sont surtout fréquentes dans la forme expansive.

Le premier examen de l'intelligence, fait dans ces conditions, révèle toujours un rendement intellectuel diminué. Le niveau mental est très variable d'un sujet à l'autre mais ne dépasse pas, dans mes examens, 9 ans d'âge mental, limite

(1) *in* G. Vermeylen. — *Les débiles mentaux*. Etude expérimentale et clinique, 2e édition, Lamertin, Bruxelles.

du niveau nécessaire pour pouvoir s'adapter à la vie sociale. Dès ce premier examen, on a l'impression nette d'atteindre des résultats moins précis et moins stables que ceux qu'on obtient avec un débile adulte. Le sujet ne semble pas donner ce qu'il peut, sa fatigabilité est très grande, et surtout son manque d'intérêt soutenu et de volonté d'effort. Il pratique la méthode du tout ou rien, répond d'emblée ou pas, se rappelle brusquement ce qu'il déclarait ignorer un instant auparavant et marque dans toutes ses réponses un approximativisme satisfait et souriant. On a l'impression que le sujet peut plus qu'il ne donne et que les résultats obtenus sont dûs, plus à un fléchissement du tonus psychique du sujet, qu'à une véritable diminution intellectuelle. Cette instabilité du rendement détermine ces « accrocs » dont parle M. Simon et qu'il distingue peut-être un peu trop nettement du niveau général. En fait, le niveau général est fonction, en partie tout au moins, de ces accrocs et tous deux dépendent de cette instabilité primordiale du rendement intellectuel. Quand on étudie d'un peu près ces sujets, non seulement les accrocs détonnent par rapport au niveau mental, mais ce dernier lui-même ne semble pas satisfaisant et donne l'impression que le sujet pourrait mieux, s'il le voulait.

Et pourtant, tant on se trouve ici sur un terrain mouvant et peu sûr, on est souvent étonné du niveau relativement élevé que peut atteindre le sujet lorsqu'on le compare à sa conduite générale. Au cours de l'examen, et malgré de fréquents fléchissements, le sujet présente une tension intellectuelle plus forte que dans le courant de la vie. Ce qui me semble plus notable en tous cas que le niveau intellectuel obtenu, c'est le tracé de la courbe mentale qui a une allure heurtée et désharmonique, manifestant des inégalités de rendement, très grandes entre les diverses fonctions examinées. Toutes ces constatations deviennent encore plus flagrantes si on refait au bout de quelques jours l'examen.

Les résultats en sont rarement similaires et même parfois totalement différents. Non seulement l'allure générale de la courbe mentale est différente, marquant ainsi des réussites et des erreurs, se répartissant dans un tout autre ordre, mais le niveau intellectuel lui-même diffère, et parfois sensiblement. Encore une fois on a plus l'impression d'un relâchement du tonus intellectuel que d'une diminution profonde et stable. En somme, suivant l'expression juste de M. Simon, la diminu-

tion de rendement est inconstante dans ses détails, mais constante dans son existence. Le sujet ne peut donner qu'un certain rendement, mais autour de cette ligne de possibilité, de larges oscillations restent possibles.

Ces oscillations sont évidemment commandées par l'état du sujet : fatigue, surexcitation, intoxication. Et c'est pour cela qu'il convient de laisser tomber tous ces éléments surajoutés, par une période de repos et de désintoxication à l'entrée dans le service. Mais, même par la suite, ces oscillations continuent à se produire, moins profondes mais évidentes, et ne répondent plus alors que de l'état psychique même du sujet. Incapacité d'effort, fatigabilité intellectuelle, manque d'intérêt, approximativisme et insouciance, relâchement général du tonus psychique interviennent dans une large mesure.

C'est très visiblement, plus la capacité de rendement que le fonds intellectuel lui-même qui se trouve atteint et l'allure générale de l'examen détonne à cet égard avec la stabilité des résultats obtenus chez le débile mental.

Après la cure malarique. — Il convient, ici, de diviser nos malades en deux groupes. Celui, le plus nombreux, des malades qui n'ont pas bénéficié dans une mesure suffisante du traitement ou qui n'en ont pas bénéficié du tout au point de vue intellectuel. Et celui des malades qui présentent une récupération mentale qui semble totale.

Le premier groupe est peut-être plus intéressant, du point de vue du mécanisme intellectuel, que le second.

Chez la plupart des malades, ce qui frappe le plus au cours des examens successifs, et cela d'autant plus qu'on s'éloigne du moment de la cure, c'est la stabilisation des résultats, tant dans l'ensemble que dans le détail. Les résultats se rapprochent de ceux qu'on obtient chez les débiles mentaux. Le niveau prend une valeur réelle et marque l'état mental réel du malade, et, éventuellement, ses progrès, qui ont une allure méthodique et avancent de façon régulière, en même temps que ses progrès cliniques généraux.

Le détail de la courbe s'harmonise généralement et, lorsqu'il marque des déficits électifs, les maintient à travers les examens successifs comme une particularité foncière de la mentalité de l'individu. Dans l'ensemble, on a l'impression que la courbe mentale et le niveau ne sont plus influencés par des circonstaces fugaces, mais répondent à l'état mental réel à un moment donné de la maladie.

D'autre part on obtient, même dans beaucoup de cas où la cure malarique ne semble pas avoir influencé l'état mental du sujet, un relèvement du niveau mental. Ce relèvement atteint le plus souvent un à deux ans, mais il peut être plus accusé. Fréquemment, on à l'impression que ce relèvement du niveau ne dépend pas d'une véritable progression de l'état mental du sujet, mais bien de sa stabilisation même et surtout de l'amélioration générale de sa tenue mentale. Le malade est devenu plus pondéré, se soucie de bien faire, s'inquiète de ses résultats. Il ne donne plus la première réponse qui lui arrive à l'esprit, mais pèse ses réponses, réfléchit avant d'agir.

Cette stabilisation mentale a, pour moi, une grande valeur clinique, elle me semble être un signe psychique de la stabilisation et de l'arrêt du processus infectieux. Il faut, à cet égard, tenter de l'obtenir. Lorsque le malade conserve, après la cure malarique, l'allure mentale antérieure, il est légitime, après un temps voulu, de retenter une malaria, même si les résultats humoraux s'améliorent. J'ai eu l'occasion, sur les instances de la famille du malade, de refaire une cure pyréthothérapique, jusqu'à huit fois, chez un paralytique général dont l'état mental ne s'était guère amélioré au début. Au bout de ce temps, une stabilisation s'est produite et le malade a pu être rendu à sa famille malgré une diminution intellectuelle qui restait forte, mais dont la stabilité et la cohérence donnaient l'illusion d'une amélioration mentale.

Le deuxième groupe, composé des malades revenus à un état psychique apparemment normal est, lui aussi, très intéressant à examiner de près. Très fréquemment, l'amélioration intellectuelle se produit très rapidement, parfois même avec une certaine brusquerie. Le malade réalise, mais avec plus d'ampleur, cette stabilisation mentale dont nous avons déjà parlé, et celle-ci lui donne d'emblée une allure plus normale qui est la première annonciatrice de la guérison. Mais, en plus de cela, on constate un évident progrès du niveau mental. Ici il ne s'agit plus de 1 ou 2 ans comme dans les cas, peu favorables sans doute ou suivis trop peu de temps par M. Simon, mais d'un gain parfois notable et qui ramène le sujet des niveaux infantiles aux sphères de maturité intellectuelle adulte. Il y a donc bien, à côté de la simple stabilisation du rendement qui supprime les accrocs et les à-coups, une récupération intellectuelle quantitative qui se produit. Il semble donc bien que la paralysie générale ne détermine pas

seulement un flottement dans la production intellectuelle, mais également un abaissement du rendement quantitatif qui se marque par une chute du niveau intellectuel global.

L'un et l'autre ne semblent pourtant pas indiquer un état démentiel au sens propre du mot et bien avant les récupérations intellectuelles dues aux cures malariques, divers auteurs, dont en première ligne, Binet et Simon, avaient montré qu'il fallait les en distinguer. Certains préféraient pourtant conserver le mot de démence, d'autres parlaient de pseudo-démence, d'autres enfin de confusion.

J'ai montré ailleurs combien ces termes étaient peu adaptés et j'ai proposé, dans un travail fait en collaboration avec le Dr Vervaeck, de grouper ces chutes de rendement intellectuel, qu'on retrouve également dans la fatigue, l'intoxication, l'émotion, etc., sous le nom de phrénolepsie.

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Remarques sur les tumeurs à la fois intra- et extra-médullaires à propos d'observations personnelles

Par L. Bériel (de Lyon) et Kapsalas (d'Athènes)

La question des tumeurs intra-médullaires, déjà très complexe au point de vue du diagnostic, est rendue encore plus difficile par le fait qu'on peut observer des néoplasmes formant des bourgeons dans le canal rachidien, mais existant aussi dans le centre du tissu médullaire. Il semble que dans certains cas il s'agisse de gliomes centraux qui s'extériorisent en faisant effraction à travers la pie-mère. Mais il existe aussi très certainement des faits de tumeurs d'abord extra-médullaires, ensemençant ensuite secondairement le parenchyme. On comprend que la présence de nodules extérieurs à la moelle et agissant comme des tumeurs primitives des méninges, complique singulièrement les possibilités du diagnostic.

Tous ces faits sont rares ; leur nombre augmentera certainement à mesure que l'attention sera attirée sur eux ; il restera cependant toujours très inférieur au nombre des cas de tumeurs extra-médullaires et peut-être de tumeurs intra-médullaires. Dans la récente thèse très complète de Jonesco, on en trouve six sur 19 observations recueillies par cet auteur. Nous n'en avons en effet observé nous-mêmes que quatre cas. Nous apportons ici, à titre documentaire, ces observations en les résumant dans ce qu'elles ont d'essentiel, pour ne pas dépasser les limites assignées à de telles communications. On va voir que ces observations se classent naturellement en deux groupes.

I. Tumeurs paraissant originellement intra-médullaires

Observation I. — M..., homme de 64 ans. Faiblesse progressive des membres inférieurs ayant débuté insidieusement depuis une dizaine d'années. Pendant la dernière année, souffrances dans la jambe droite. Alitement depuis six mois. Paraplégie spasmodique sans anomalie autre que les douleurs de la jambe. Hyperesthésie cutanée remontant jusqu'au mamelon. Rétention d'urine. Pas de signes radiculaires.

Ponction lombaire : dissociation albumino-cytologique (1 gr. 25). Queckenstedt libre. Wasserman négatif. Le diagnostic et la localisation pouvant être faits cliniquement, l'examen au lipiodol n'est pas pratiqué.

Opération (4 février 1928) : ablation d'une masse rougeâtre volumineuse paraissant isolée, mais qui se montre, alors qu'on veut l'enlever, adhérente à la face postérieure de la moëlle dans l'intérieur de laquelle elle se continue.

A la suite, suppression des douleurs, mais persistance de la paraplégie et des troubles urinaires. Mort, le 1er mars 1928.

A l'autopsie : gliome médullaire se transformant, dans la région où le malade avait été opéré en une cavité syringomyélique.

Observation II. — L..., femme de 31 ans. Début en 1922 par des douleurs violentes de la colonne cervicale, qui se sont ensuite définitivement atténuées. Puis faiblesse progressive des jambes, avec troubles de la sensibilité de la jambe gauche et douleurs dans la cuisse droite.

Vue en 1926, la malade présente simplement de la faiblesse du membre inférieur gauche. Rotuliens exagérés, achilléens abolis. Aucun réflexe plantaire. Hypoesthésie de toute la moitié inférieure du corps à limite supérieure nette au niveau du 3e espace intercostal. Ponction lombaire : liquide ambré avec 2 gr. 75 d'albumine ; une injection de lipiodol montre un arrêt en échelle tout le long de la colonne.

Revue en juin 1929. Paraplégie spasmodique en extension avec Babinski bilatéral et exagération de tous les réflexes tendineux, y compris les achilléens. Même hypoesthésie qu'il y a trois ans. Incontinence d'urine par regorgement. Le liquide de la ponction lombaire est toujours ambré, avec plus de 2 grammes d'albumine ; Queckenstedt bloqué.

Opération, le 25 juin 1929. Ablation d'une tumeur de 4 cen-

timètres de long, collée à la face postérieure de la moelle à laquelle elle adhère et dans laquelle elle se continue par une masse volumineuse. Mort dans la nuit avec une hyperthermie considérable. L'autopsie n'a pu être faite.

Dans ces deux cas, les détails anatomiques ou histologiques apportent de fortes présomptions pour qu'on puisse admettre l'idée de gliomes centraux ayant secondairement fait issue dans les espaces méningés par bourgeonnement au travers de la pie-mère. Toutefois, rien ne prouve d'une façon absolue que ce n'est pas l'inverse qui s'est produit : on verra par le groupe d'observations suivantes que des néoplasmes primitivement extramédullaires peuvent secondairement pénétrer la moëlle. Nous attirons l'attention sur la nécessité d'apporter de nouvelles études sur ce point : la chirurgie des tumeurs intra-médullaires est infiniment plus grave que celle des néoplasmes du canal, et, si des cas comme ceux que nous apportons ci-dessus étaient en réalité extra-médullaires à l'origine, on conçoit quel intérêt ils auraient à être opérés avant le stade de pénétration dans l'axe spinal.

II. Observation de pénétration secondaire de la moelle

On peut voir des cancers viscéraux ou d'autre origine se généraliser dans l'intérieur de la moelle. Nous avons observé et publié un cas de tumeur du rein ayant formé des métastases dans les cornes antérieures et s'étant exprimé cliniquement par les seuls symptômes d'une paraplégie. Ces faits sont assez exceptionnels pour que M. Péron ait pu les passer sous silence dans son rapport : mais ils existent cependant et leur étude n'est pas sans intérêt pour la connaissance des envahissements néoplasiques médullaires d'origine externe. Toutefois, nous ne ferons pas état ici de telles observations, en nous limitant aux pénétrations des tumeurs dont les nodules sont déjà intra-rachidiens.

Observation I. — Th..., 48 ans. Neurogliomes des racines cervicales ayant donné des prolongements intraduraux, ayant adhéré à la moëlle et ayant développé dans l'intérieur du parenchyme des nodules néoplasiques compliqués de cavités syringomyéliques.

Evolution en 13 ans, d'abord par un syndrome radiculaire cervical inférieur droit, puis par une paraplégie avec des

troubles de la sensibilité du type syringomyélique (observation anatomique détaillée et figures in *Lyon Chirurgical,* 1923, p. 150 et p. 213).

Observation II. — Homme de 22 ans. Neurogliomes des racines cervicales avec nodules intraduraux, extension diffuse à la pie-mère et envahissement limité de la moëlle au niveau d'un cordon antérieur. Affection paraissant avoir débuté 5 ans auparavant par de la faiblesse d'un bras ; paralysie du plexus brachial, terminaison par un syndrome de compression à type Brown-Séquard (observation détaillée et figures in *Lyon Chirurgical,* 1923, p. 137).

Evidemment, ces deux observations avec toutes leurs particularités anatomiques et cliniques apparaissent comme très différentes des cas de tumeur intra-médullaires habituels : par exemple de ceux qui sont envisagés dans l'étude d'ensemble de M. Péron. Mais si l'on considère l'aspect de la moëlle dans notre observation I, en laissant de côté les névromes radiculaires, on verra qu'il se superpose exactement à celui des observations les plus caractéristiques du travail de M. Jonesco : gliomatose centro-médullaire accompagnée de cavités syringomyéliques. L'observation II nous montre d'autre part l'étape initale de la pénétration dans la moëlle, et en même temps l'existence de nodules méningés absolument comparables aux tumeurs primitives extra-médullaires.

Il est donc certain qu'on peut trouver tous les intermédiaires entre les tumeurs franchement limitées, libres dans l'espace arachnoïdien et les gliomatoses centro-médullaires, avec ou sans cavité syringomyélique ; on est en droit de se demander si les tumeurs intra-médullaires sont une maladie d'essence particulière, et si dans les cas de bourgeonnement extérieur (comme nous le signalions pour les observations de notre premier groupe), certains ne concernent pas des néplasmes primitivement extra-médullaires, qui à une époque de leur évolution auraient pu être heureusement opérés.

En tous cas, ces faits montrent la très grande complexité du problème et éclairent les raisons des difficultés extrêmes d'un diagnostic exact.

Diagnostic différentiel entre les tumeurs intra-médullaires et les tumeurs extra-médullaires

Par L. Bériel (de Lyon) et Kapsalas (d'Athènes)

Certains néoplasmes intrinsèques de la moelle se présentent comme des maladies médullaires, par exemple comme des syringomyélies. On en trouverait des observations dans la littérature médicale.

Un certain nombre d'autres cas se présentent comme des compressions médullaires et font d'abord l'objet de ce diagnostic. Comme toujours en pareil cas, on cherche alors les causes possibles de compression faciles à éliminer comme le mal de Pott, et on arrive ainsi, en partie par exclusion, au diagnostic de tumeur intra-rachidienne. Mais il faudrait encore préciser s'il s'agit d'un néoplasme du canal extra-médullaire, ou d'une tumeur située dans la moelle elle-même, entrant dans le cadre des faits apportés au Congrès. C'est la connaissance plus approfondie de ces dernières qui oblige à poser ce diagnostic.

Cette différenciation a toujours été un peu sommairement envisagée ; c'est sur elle que nous désirons attirer l'attention. Elle est capitale dans la pratique, car il serait fort utile de pouvoir la préciser avant une intervention chirurgicale par exemple.

Nous supposons donc que nous sommes en présence d'un malade chez lequel on a fait le diagnostic ferme de tumeur intra-rachidienne. Est-il possible de pousser plus loin le diagnostic au point de vue de la situation extra ou intra-médullaire, et d'après quels indices ? Deux ordres de choses peuvent être étudiés pour ce diagnostic : les signes radiculo-médullaires ; les indications tirées de l'exploration.

I. Symptômes radiculo-médullaires

Il est inutile de revenir sur la description d'ensemble de ces signes. Voyons seulement s'ils peuvent nous apporter des éléments de différenciation.

1° Pour les signes radiculaires proprement dits, ce qu'on peut en dire, c'est que les tumeurs intrinsèques de la moelle en donnent plus rarement ; mais il s'agit là seulement d'une question de fréquence qui, par conséquent, ne peut apporter qu'un élément de présomption à d'autres indices.

2° Les symptômes cordonnaux, c'est-à-dire les symptômes de paraplégie motrice ou sensitive ne peuvent non plus nous apporter par eux-mêmes aucune indication ; que l'action sur les cordons se fasse de manière excentrique (tumeurs de la moelle), le résultat est le même en tant que symptômes. Mais nous verrons plus loin les remarques qu'il y a à faire sur leur évolution.

3° Ce sont surtout les signes centro-médullaires qui, comme on peut le supposer, sont les plus importants. En principe, dans toutes les observations de tumeurs intrinsèques, on trouve des troubles de la sensibilité du type syringomyélique plus ou moins complets, alors que ces troubles n'existent pas dans les tumeurs extra-médullaires. Dans les rares néoplasmes de la moelle elle-même, où ces anesthésies n'existent pas, il s'agit souvent de tumeurs à la fois intra et extra-médullaires, ce qui peut modifier le tableau clinique.

Même dans les cas où l'aspect syringomyélique n'est pas évident, on trouve des équivalents, c'est-à-dire d'autres indices d'une atteinte de la substance grise ; 1° soit sous la forme motrice : par exemple atrophies, abolitions de réflexes, dont la situation et l'étendue ne permettent pas de penser à une origine radiculaire proprement dite ; 2° soit sous la forme sensitive, par exemple des zones d'anesthésie qui ne peuvent correspondre, pour le malade en cause, à une atteinte radiculaire ou qui par leur précocité d'apparition ne peuvent être considérées comme représentant la paraplégie sensitive de la compression elle-même.

4° La manière dont se développent les symptômes les uns par rapport aux autres, leur date d'apparition et leur importance respective, autrement dit leurs rapports d'intensité, de lieu et de temps, permettent souvent de conclure à cette atteinte des parties centrales de la moelle. On ne peut pas donner à cet égard de règles précises parce que tout varie à chaque pas ; mais en étudiant ces rapports à propos de chaque malade, on trouvera la clef du diagnostic clinique. Par exemple, on verra des troubles de la sensibilité (syringomyéliques ou non) se montrant d'une manière manifeste (sans

pouvoir être interprétés comme des signes radiculaires) avant l'apparition d'une paraplégie nette ; ou bien les réflexes sont variables et présenteront des anomalies pour une compression ; ou bien un élément paralytique apparaîtra d'un côté avec un type flasque, tandis qu'il y aura de la spasmodicité ailleurs — ou bien il y aura des douleurs de situation ou d'intensité anormales. Au contraire, dans les compressions par tumeurs extra-médullaires qui agissent en un point limité, le tableau sera plus précis, plus fixe avec une paraplégie initiale, ou s'il y a des signes radiculaires avec une distribution nette d'un double groupement radiculaire d'une part, médullaire de l'autre.

C'est en somme le même point de vue qui a été envisagé sous une autre forme par M. Jonesco, lorsqu'il dit : « Les douleurs siégeront à la fois au cou et dans la région lombaire, en même temps aux membres supérieurs et dans le pli de l'aine. Elles affecteront toute la gamme d'intensité, depuis la douleur violente, jusqu'aux paresthésies les plus curieuses ; les perturbations de la sensibilité superficielle, qu'elles soient de type syringomyélique, ou qu'elles prennent une forme globale, revêtiront l'aspect de bandes radiculaires irrégulièrement disséminées mais prédominantes autour des membres supérieurs. »

...Les troubles moteurs épousent les mêmes désordres topographiques.

S'ils sont bi-latéraux, les deux membres sont frappés d'une manière inégale... Les réflexes suivent la même voie, ils seront vifs ou diminués, selon l'étage, suivant le côté, suivant parfois le segment du membre considéré. Ce n'est que tardivement que ces troubles peuvent s'uniformiser en larges territoires homogènes.

L'observation inédite dont nous ne pouvons ci-dessous donner qu'un résumé, nous paraît très démonstrative de ces caractères cliniques ; elle souligne l'irrégularité des symptômes (indices syringomyéliques, douleurs non habituelles dans les membres inférieurs, anomalies des réflexes) dans les tumeurs intramédullaires par rapport à la régularité plus grande de l'expression clinique dans les tumeurs extramédullaires. On trouvera les mêmes remarques à propos d'une autre observation dans laquelle existait un bourgeonnement extérieur de la tumeur, à la surface de la moelle, et que, pour ce motif, nous rapportons dans notre autre communication, sur les tumeurs à la fois intra et extramédullaire (observation II du premier groupe).

C..., femme de 28 ans. Début en 1927 par des troubles objectifs de la sensibilité: la malade se fait une brûlure sévère de la région sous-scapulaire gauche sans s'en rendre compte ; l'année suivante, à la suite d'un accouchement, maladresse et lourdeur du membre supérieur droit ; depuis le début de 1930, faiblesse progressive de la marche. Depuis mai 1930, elle doit garder le lit ; en juin, douleurs violentes, mais passagères dans les deux membres inférieurs.

Actuellement, paraplégie flasque avec abolition des réflexes tendineux ; plantaire en flexion ; atrophie musculaire. Pas d'œdème ni de troubles vaso-moteurs. Anesthésie complète à tous les modes remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde.

Atrophie musculaire de l'éminence thénar et de l'avant-bras droits.

Ponction lombaire : Queckenstedt bloqué. Liquide xanthochromique avec plusieurs grammes d'albumine. Wassermann négatif.

Lipiodol. Aucune trace de passage dans le cul de sac. Toute l'huile reste suspendue, mais en gouttelettes tout le long de la colonne cervicale.

On pense qu'il s'agit d'une tumeur intra-médullaire.

Opération (26 janvier 1931). On trouve une tuméfaction énorme de la moelle qu'on se contente d'inciser. Mort trois jours après l'intervention.

A l'autopsie : énorme gliome centromédullaire débutant dans la région cervicale moyenne et s'étendant probablement en bas dans toute la longueur de la moelle, gliome très apparent en tant que tumeur jusque vers le milieu de la région dorsale inférieure, et reparaissant à nouveau dans toute la région lombaire où il est mêlé à des parties ramollies. Au-dessus, dans toute la région cervicale supérieure, cavité syringomyélique.

II. Exploration du canal

Nous ne pensons pas que l'étude du liquide céphalo-rachidien apporte de grandes indications pour différencier les tumeurs intra et extra-médullaires. Ce liquide toujours anormal peut présenter des modifications analogues dans les deux cas.

L'épreuve du Queckenstedt non plus ne nous paraît pas donner des variations intéressantes : elle paraît se comporter

comme dans toutes les tumeurs du canal ; il y aurait cependant à l'étudier dans un plus grand nombre d'observations.

C'est le lipiodol qui, théoriquement, devrait donner les indications les plus précises. Mais les images qu'il donne sont en réalité extrêmement variables. Dans certains cas comme dans l'observation que nous avons rapportée ci-dessus, l'huile reste suspendue en gouttelettes latérales sur un assez long segment. C'est là l'image qui est considérée comme la plus caractéristique, et lorsqu'on l'observe, c'est évidemment une présomption de tumeur intra-médullaire ; mais c'est seulement une présomption, car des images analogues peuvent être fournies dans d'autres cas par des adhérences méningées, et d'autre part on peut avoir des arrêts francs ou même l'absence d'arrêt dans les tumeurs de la moelle elle-même.

Signe tonodynamique des doigts et ses corrélations avec le signe de Babinski

Par le Dr Pailhas (d'Albi)

En quelques brèves formules, je voudrais exprimer ici ce qui m'a semblé se déduire d'élémentaires expériences touchant certains processus réflexes des doigts des mains ayant apparemment des liens de parenté avec le réflexe cutané plantaire dont est fait le signe de Babinski.

Ces processus se rapportent au phénomène, bien connu, du « post mouvement tonodynamique » qui est la continuation, sous forme automatique et réflexe, d'un mouvement volontaire énergiquement refoulé, sur place, en sens contraire de son parcours initial (1).

Or, dans cet ordre de faits, nous avons cru successivement remarquer : 1° Que, si on abandonne à son plus complet relâchement, sur le plateau d'une balance, ou à sa libre flottaison, dans un bain, tout membre ou segment de membre se prêtant à pareille expérience — tel le bras —, au point mort où, après quelques oscillations autour d'un foyer central, se stabilise le degré maximum de cette inertie, correspond, sous les aspects d'un tonus devenu quasi-statique, ce que nous appellerons un centre de *stabilisation tonique,* lequel centre

---

(1) S'il obéit, de préférence, à une technique appropriée, il semble pourtant que le post-mouvement ne constitue pas tout le phénomène tonodynamique. Celui-ci, en effet, s'attache aussi, quoique à un moindre degré, à toute contraction vigoureuse et brusquée, donnant lieu ainsi, et dans la mesure où s'est exercée cette énergie, à une véritable réaction de plus-value tonodynamique se traduisant tout au moins par une impression d'allégement de la partie du corps intéressée. Et, par là, s'explique pourquoi, à l'opposé de ce que provoquent des mouvements accomplis avec mollesse, soit au cours d'une promenade au pas indolent, et d'où résulte promptement une sensation de lourdeur et de fatigue, pourquoi, dis-je, l'allure vivement cadencée du pas militaire, surtout accordée à des rythmes musicaux, donne plus de légèreté au membre et facilite singulièrement la marche. Comme s'il pouvait être question, en pareil cas, d'une sorte de « post lévitation ».

sera, en l'espèce et parce que réduit aux seuls éléments du tonus, et particulièrement soustrait à l'action antagoniste de la pesanteur, le plus propre à déceler et caractériser la tonicité spécifique de ce membre ou segment de membre ; que si, par exemple, après avoir soigneusement noté dans quelle mesure la partie émergente de mon bras plongé dans un bain dépassait la ligne de flottaison, je faisais un violent effort de soulèvement de ce membre, je constatais, l'ayant à nouveau ramené dans l'eau, que cet effort de contraction des muscles élévateurs avait, au prorata de son intensité, déterminé plus d'émergence.

2° Que, dans ces mêmes conditions de passivité tonostatique, toute contraction venant l'interrompre, modifiera le centre de stabilisation tonique ci-dessus spécifié, pour en renforcer l'action, en élargir la portée et faire que momentanément il se déplace en direction même de la contraction provocatrice, extension ou flexion, et de manière à déterminer ainsi une véritable *post-mutation* dudit centre, post-mutation qui, outre qu'elle paraît représenter dans le cadre du tonus ce qu'est le post-mouvement dans le cadre du tonodynamisme (2), sert à faire comprendre par quelle solidarité d'action, tonodynamisme (organe d'adaptation posturale automatique), tonus, (organe de soutien ou de stabilisation des attitudes posturales) et contraction psychodynamique, réagissent étroitement l'un sur l'autre et justifient bien ces paroles de M. Guiraud disant, à propos de l'attitude posturale qu'elle « suit le mouvement comme l'ombre ».

3° Qu'en application de ce qui précède aux doigts des mains en la position dite « main-morte » et qui, le plus efficacement, réalise leur plus complet relâchement, il est à constater que, en pareille occurence, leur centre de stabilisation tonique a surtout, pour le caratériser, et servir ainsi d'indice de base, la position spontanément prise par chacun des doigts : d'après quoi, il est aisé de constater que, outre que ces centres diffèrent en chaque main, toute contraction incidente, isolée ou collective des doigts, entraîne momenta-

(2) A vouloir poursuivre pareils rapprochements dans le cadre supérieur qu'est le psychodynamisme, peut-être n'est-il pas illusoire de trouver des analogies entre le post-mouvement par refoulement tonodynamique et le post-mentisme susceptible de faire suite au refoulement freudien.

nément leur post-mutation en flexion ou extension, suivant la direction prise par la contraction.

4° Qu'il en est, toutefois, bien autrement quand cette contraction emprunte la technique propre au développement du phénomène tonodynamique, la post-contraction ayant, en pareil cas, une très particulière tendance à se faire en *post-extension.*

5° Que cette dernière et remarquable particularité qui met en telle évidence la prépondérance physiologique du mouvement d'extension réflexe des doigts sur leurs mouvements de flexion, ne fait que s'accentuer lorsque, au lieu de la considérer séparément en chaque main, on fait intervenir certain réflexe *contra-latéral des doigts* sur lequel nous avons, ailleurs (1), attiré l'attention et qui, tonodynamiquement aussi, s'exerce par répercussion d'une main à l'autre.

6° Que, dès lors, un rapprochement semble s'imposer entre cette *post-extension tonodynamique* des doigts et la *post-flexion par réflexe cutané plantaire des orteils.*
cette *post-extension tonodynamique,* ou même tonique, des doigts et la *post-flexion par réflexe cutané plantaire des orteils.*

7° Que ce même rapprochement trouve sa confirmation dans les données, inversements analogues, de l'observation clinique, alors que maints cas d'hémiplégie organique permettent de noter, dès la première heure et sans attendre l'installation définitive des contractures, la coexistence, chez un même malade, de la flexion des doigts (du pouce notamment) et de l'extension réflexe des orteils, signe de Babinski ou de son complément, l'extension durable des orteils.

---

(1) A propos du réflexe tonodynamique et de sa diffusion bilatérale. *Encéphale,* juillet 1930.

Sur l'appareil périphérique de la cellule nerveuse

Par le Professeur Arturo Donaggio

Directeur de la Clinique des maladies nerveuses et mentales à la R. Université de Modena

---

L'auteur rappelle que l'appareil périphérique de la cellule nerveuse, qui n'a rien à voir avec le réseau neurofibrillaire qu'il a trouvé avec ses méthodes à l'intérieur de la cellule nerveuse, est constitué des trois parties :

1° *réseau péricellulaire* démontré par Golgi avec sa méthode cromo-argentique et par Donaggio avec ses méthodes de coloration ;

2° formations particulières trouvées par Donaggio qui les a appelées *raggiere* (« *formations radiées* »), et qui ont été confirmées par Hans Held : ces « *formations radiées* », constituées par des fibrilles extrêmement grêles, se trouvent à l'intérieur de chacune des mailles du réseau péricellulaire ;

3° rapports de continuité avec le tissu environnant, démontrés également par Donaggio.

Selon l'auteur, contrairement à l'opinion successivement exprimée par Bethe et Nissl, le réseau péricellulaire est en rapport de continuité avec le système névroglique, ce qui a été confirmé par les recherches ultérieures ; et de même les « formations radiées » ne sont pas de nature nerveuse.

Ces *formations radiées,* tout en étant d'une structure si délicate, se présentent d'après l'auteur encore bien conservées, à l'intérieur des mailles à filaments plus épais du réseau péricellulaire, dans des conditions d'intoxication assez graves (entre autres, l'action de la toxine diphtéritique et de la toxine tétanique). Besta a constaté peu de modifications du réseau péricellulaire dans diverses conditions expérimentales. Belloni a fait récemment des recherches sur la paralysie progressive ; il relate d'avoir trouvé un retentissement assez faible du

réseau péricellulaire, même en présence d'infiltrations périvasculaires remarquables.

L'auteur qui a fait ses recherches sur l'appareil périphérique avec des modifications du procédé qui lui a permis de démontrer l'existence du réseau neurofibrillaire à l'intérieur de la cellule nerveuse des vertébrés, a appliqué ces modifications, et surtout la méthode VII (1), aussi à l'étude de l'appareil périphérique dans la démence sénile.

Il donne communication des résultats obtenus dans l'étude de la démence sénile par cette méthode VII, qui consiste dans les passages suivants :

fixations de fragments de 1/2 cm. d'épaisseur dans une solution acqueuse saturée de sublimé (dissoudre le sublimé dans la solution physiologique de chlorure de sodium) ;

lavage pendant deux jours dans l'eau iodée avec la solution iodo-iodurée, fréquemment renouvelée ;

passage dans la pyridine pendant 48 heures (changer la pyridine après 6 heures ; on ne doit placer dans chaque flacon plus de deux ou trois fragments) ;

lavage dans l'eau distillée, fréquemment renouvelée (24 heures) ;

passage dans une solution acqueuse de molybdate d'ammonium, 4 % (24 heures) ;

lavage dans l'eau distillée pendant une heure ;

passage dans la pyridine (24 heures) ;

coloration en masse des fragments suspendus à un liège, dans une solution acqueuse de thionine 1 : 10000, pendant deux jours (renouveler la solution colorante après 12 heures) ;

lavage rapide (2 minutes) dans l'eau distillée ;

passage des fragments, toujours suspendus, dans la solution acqueuse de molybdate d'ammonium 4 % (24 heures) ;

lavage dans l'eau distillée (2 heures) ; passage dans la série des alcools pour l'inclusion en paraffine.

L'auteur a trouvé des modifications de l'appareil périphérique de la cellule nerveuse dans l'écorce cérébrale. Les cellules qui ont conservé l'appareil périphérique dans des conditions normales sont peu nombreuses ; dans la majorité, les appareils péricellulaires sont lésés ; les mailles ont perdu leur

(1) A. Donaggio. — *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXX, fasc. II, 1904.

configuration presque schématique ; dans certains cas, sont épaissies ; plus fréquemment, sont désagrégées ; les *formations radiées* ont un aspect granuleux, ou bien on n'en retrouve aucune trace. Ces modifications sont évidentes surtout autour des éléments cellulaires qui sont tombés dans une profonde conglutination neuro-fibrillaire ; on observe généralement entre ces conglutinations et l'appareil péricellulaire un espace vide ; dans certains cas, la section optique de l'appareil péricellulaire se présente sous forme d'une série de blocs granuleux fortement colorés ; parfois, on ne retrouve aucune trace de l'appareil péricellulaire.

L'auteur ajoute que surtout avec la combinaison des méthodes VII et II (la méthode II (1), contrairement à la méthode VII, colore les neurofibrilles), on peut démontrer dans les plaques séniles l'existence d'une quantité de cylindraxes lésés supérieure à celle qu'on a constaté avec d'autres procédés. L'auteur a retrouvé dans la substance blanche sous-corticale des corpuscules homogènes ou bien avec un espace central vide, qui ne sont pas identifiables avec les corps amyloïdes.

De ces recherches résulte que les lésions de l'appareil péricellulaire, qui vont s'ajouter au tableau anatomique de la démence sénile, se retrouvent presque exclusivement dans l'écorce cérébrale.

---

(1) A. Donaggio, *loc. cit.*

Les fonctions des couches optiques

Par F. d'Hollander

Professeur de Psychiatrie à l'Université de Louvain

Nos connaissances sur les centres nerveux présentent une énorme lacune. Les couches optiques restent, en ce qui concerne leurs fonctions, une région obscure. L'abondance des hypothèses émises contraste singulièrement avec la rareté des faits établis d'une manière indiscutable.

Cette carence fonctionnelle tient essentiellement à notre ignorance anatomique. Les apports de la pathologie n'ont pas avancé nos connaissances comme on l'aurait cru; leur sémiologie diffuse peut nous orienter d'une manière globale, elle est insuffisamment sélective pour préciser les fonctions relatives aux divers systèmes de ganglions et de faisceaux.

Le problème a été mal entamé ; il s'agit non seulement de connaître les ganglions, mais encore tous les systèmes de voies efférentes et afférentes ; malgré d'innombrables travaux, nous ne possédons pas encore une synthèse anatomique des voies de conduction dans le thalamus.

Cette insuffisance anatomique confère au thalamus ce caractère, encore énigmatique, propre aux localisations aventureuses.

Ce qu'il y a de solidement établi, mais trop exclusivement à mon sens, c'est que le thalamus est un grand centre de relais sensitivo-sensoriels, avant l'afflux final sur le cerveau antérieur. La fonction sensitivo-sensorielle du thalamus s'exerce suivant les plans d'une localisation ganglionnaire précise, *grosso modo,* de la manière suivante : pour la sensibilité générale dans le noyau central et le noyau médial ; pour la vue dans le corps genouillé externe ; pour l'ouïe dans le corps genouillé interne ; pour l'odorat dans les noyaux antérieurs. L'activité sensitivo-sensorielle domine le chapitre de nos connaissances physiologiques sur le thalamus ; et cela d'une

manière si prééminente que les anatomo-physiologistes lui dénient tout rôle dans la motilité. Depuis plusieurs années, nous poursuivons, en partie avec nos élèves, l'étude des voies corticifuges qui se rendent aux couches optiques. Nous avons pu démontrer l'existence des voies cortico-thalamiques, décrire leur trajet et leur distribution aux divers ganglions thalamiques. Plus récemment, sous notre direction, des recherches expérimentales ont établi qu'il existe une systématisation très nette des voies qui, de l'écorce, descendent vers le thalamus.

Les noyaux antérieurs et médiaux sont en rapport avec la région précentrale ; les noyaux ventraux dépendent de la région post-centrale ; le noyau latéral, le corps genouillé externe, la portion supéro-externe du noyau postérieur et le tubercule quadrijumeau antérieur sont en relation avec la région occipitale ; le corps genouillé interne et le tubercule quadrijumeau postérieur avec la région temporale. Enfin la grande voie qui pénètre dans le noyau postérieur par sa base, descend de la région pariétale. Le noyau postérieur est ainsi l'aboutissant de deux systèmes cortico-thalamiques différents: l'un profond descend de l'aire pariétale, l'autre superficiel est d'origine occipitale. Nos recherches ont été de nature strictement anatomique, il en résulte qu'elles ne peuvent nous fournir des éléments propres à attribuer des fonctions à divers systèmes cortico-thalamiques. D'une manière générale cependant, l'importance des voies cortico-thalamiques et leur ordonnance suivant un plan nettement systématisé, nous autorisent à dire qu'à l'avenir il y aura lieu de tenir compte de leur existence pour arriver à pénétrer les fonctions auxquelles sont préposées les couches optiques. Elles posent un problème nouveau, jusqu'ici méconnu ou nié par la plupart de ces auteurs, celui des fonctions motrices du thalamus.

Dans cet ordre d'idées, si nous rapprochons les résultats que nous avons obtenus des constatations faites par d'autres, nous pouvons faire quelques déductions qui nous paraissent dignes d'intérêt. Nous avons vu que les noyaux antérieurs sont en rapport avec la région (4 + 6) qui est considérée par Brodmann comme la région motrice, de fait, elle renferme les grands centres moteurs des physiologistes. Or, par les travaux de Sachs, et des observations faites à Louvain chez notre regretté maître Van Gehuchten, nous savons que les noyaux antérieurs envoient des fibres thalamifuges dans le noyau

caudé. Ce sont là des données de la plus haute importance qui parlent en faveur de la fonction motrice des noyaux antérieurs.

D'autre part, la voie que suit l'influx cérébral pour influencer le système moteur extra-pyramidal reste toujours ignorée; les auteurs sont unanimes à la faire passer par les couches optiques.

Les voies cortico-thalamiques antérieures ne représenteraient-elles point le chaînon cortico-thalamique de ce système ? Dans cette conception, trajet et relais se résument ainsi : cortex frontal, noyaux antérieurs thalamiques — noyau caudé pallidum.

Plus énigmatiques encore dans leur signification fonctionnelle, se présentent les voies cortico-thalamiques qui descendent de la région post-centrale (1 + 3), de la région occipitale et de la région temporale, régions essentiellement préposées aux fonctions sensitivo-sensorielles de la sensibilité générale, de la vue et de l'ouïe. Les relations trouvées entre la région temporale et le corps genouillé interne et le tubercule quadrijumeau postérieur confirment d'autres observations qui établissent que ces ganglions appartiennent au système acoustique. Pour le système visuel, il en est de même en ce qui concerne les connexions occipitales et le corps genouillé externe et le tubercule quadrijumeau antérieur. Nos constatations laissent présumer, et ceci est particulièrement intéressant, que le coin supéro-externe du noyau postérieur appartient également à la sphère visuelle.

Quant au noyau latéral, s'il appartient au système occipital par ses voies corticifuges, il ne revient pas au système visuel par ses voies afférentes inférieures ; car, ses fibres ne dégénèrent pas par l'ablation de l'œil. Il y a là une opposition encore à éclaircir. En ce qui concerne les fibres qui descendent de l'aire post-centrale vers le noyau central, elles semblent se rattacher à la grande sphère de la sensibilité générale ; le noyau central est considéré par la plupart des auteurs, comme le ganglion de la sensibilité générale, or, l'aire post-centrale est tenue comme le centre cortical de la sensibilité.

Mais à quelles fonctions ces fibres peuvent-elles être bien préposées ? Voici des voies corticifuges, centrifuges donc, intercalées dans un système centripète. La même question doit se poser pour les voies corticifuges qui descendent vers des ganglions de la série cortico-visuelle, acoustique et même olfac-

tive ; car, il est établi que les noyaux antérieurs ont des connexions importantes avec le système olfactif.

Ces fibres représentent-elles la portion centrifuge d'arcs réflexes supérieurs, c'est-à-dire appartiennent-elles à des voies réflexes corticales, intimement articulées dans l'écorce, chacune dans leur sphère respective, aux voies centripètes sensitivo-sensorielles ? Leur fonction est-elle générale, d'inhibition, de régulation, d'adaptation fonctionnelle des centres sensitivo-sensoriels ou plus spéciale de défense, c'est-à-dire d'orientation de divers organes des sens ?

Avec le noyau postérieur, nous sommes en plein inconnu. Ce grand noyau à lui seul présente en volume la moitié de la partie postérieure du thalamus, il pénètre largement dans la profondeur du mésencéphale. Les auteurs qui s'en sont occupés, par la méthode des chromolyses et des atrophies cellulaires, signalent tous, qu'après abrasion de l'écorce cérébrale, il reste intact. Ces résultats prouvent uniquement que ce noyau n'envoie pas de fibres dans l'écorce ; il serait erroné d'en conclure que ce noyau n'a pas de connexions avec l'écorce cérébrale. Au contraire, il en possède de fort nombreuses, très importantes qui suivent, comme nos recherches le démontrent, un trajet des plus compliqués à travers la plupart des ganglions thalamiques. Le flot des voies corticifuges qui s'y rendent forme à certains endroits de gros faisceaux bien reconnaissables à l'œil nu sur de bonnes préparations au Weigert-Pal et qu'on peut retrouver facilement dans la série des mammifères.

Comme nous l'avons fait remarquer au cours de cet exposé, le noyau postérieur reçoit un contingent cortical superficiel et un autre profond.

Le premier prend son origine dans l'écorce occipitale, descend par le pédoncule cérébral, remonte par la bandelette optique et les stries internes du corps genouillé externe et se termine dans le coin supéro-externe du noyau postérieur. Cette partie se rattache ainsi au système optique ; vraisemblablement, ce coin supéro-externe du noyau postérieur représente-t-il l'homologue du pulvinar des mammifères supérieurs. Le second contingent, le plus riche, descend de l'écorce pariétale et se termine en partie dans les régions profondes du noyau postérieur ; d'autres de ces fibres continuent leur route en passant dans le mésencéphale, où elles vont former l'assise blanche intermédiaire du tubercule quadrijumeau antérieur.

Ici, elles peuvent s'articuler avec les cellules d'origine des voies tecto-réticulées et tecto-bulbaires.

Ce contingent profond envoie aussi des fibres dans la commissure postérieure ; ces fibres rencontrent là le riche système moteur du faisceau longitudinal postérieur, dont le rôle dans la direction du regard est si important. Voilà quelques indices seulement qui permettent de penser à quelles fonctions répond ce riche système des voies cortico-thalamiques postérieures. Comme Kappers, nous avons émis l'hypothèse que le noyau postérieur pourrait être un grand centre de voies descendantes. Peut-être représente-t-il le lieu d'origine des voies descendantes dont Wallenberg et Bechterew décrivent le départ, sans plus spécifier, dans les parties postérieures du thalamus.

Quand on considère la place importante qu'occupent les systèmes cortico-thalamiques dans l'organisation du thalamus, on peut en conclure qu'ils constituent des organes dont les fonctions, en corrélation de celles de l'écorce cérébrale, sont des plus importantes : leur étude contribuera dans une large mesure à la solution de l'énigme anatomo-physiologique du thalamus.

Déjà dans notre laboratoire, avec un de nos élèves, nous avons signalé, chez de petits mammifères : taupe, rat, cobaye, les mêmes systèmes cortico-thalamiques que nous avons décrits chez le lapin.

Durant mon séjour au Phips Institut de Baltimore, dirigé par le savant professeur Meyer, nous avons retrouvé ces mêmes voies chez un nombre imposant de mammifères ; notamment chez la taupe, le hamster, la chauve-souris, l'opossum, le tatou, le paresseux, le castor, le rat musqué, l'agouti, le porc-épic, le singe, le chat, le lynx, le skunks, le guanaco, le cerf, le mouton. Enfin, les belles expériences du Dr Bagley, dans cet Institut, confirment en partie mes résultats chez le lapin.

Le Dr Bagley, à la suite de lésions provoquées dans l'écorce cérébrale, a mis en dégénérescence au Marchi chez le mouton, une voie thalamique postérieure qui passe par le champ de Wernicke. Selon nous, cette voie appartient au système cortico-thalamique descendant qui relie le cortex cérébral au noyau postérieur du thalamus ; elle est identique à celle du lapin.

En poussant quelque peu l'interprétation anatomo-physio-

logique des voies que nous avons décrites, le problème fonctionnel du thalamus, à mesure qu'il se complique, se précise d'une manière heureuse.

Dans le terrain embroussaillé du thalamus, poser quelques jalons de toute sûreté qui guideront nos pas, n'est qu'un travail d'approche mais combien nécessaire...

Nos recherches sont loin d'avoir épuisé l'étude des fonctions motrices de cette région, elles n'ont fait qu'amorcer le problème et le placer sur le terrain ferme de l'expérimentation.

Sur l'encéphalite épidémique périphérique

Par MM. P. Nayrac et A. Breton (de Lille)

Les travaux successifs de Cruchet, Moutier et Calmettes, de Cruchet et Verger, de Wechsler, de Bériel et Devic, de Babonneix, de Péhu et Dechaume, de Kahelmeter, de Descourt ont suffisamment établi la réalité des formes basses de l'Encéphalite Epidémique pour qu'il ne puisse être ici question d'apporter une nouvelle confirmation de leurs recherches.

Cependant, le développement récent de la poliomyélite et de ses formes hautes fait que dans bien des cas il est permis de rester hésitant. C'est pourquoi il nous a paru intéressant, à propos de 3 observations d'encéphalite épidémique périphérique, de nous demander, dans l'état actuel du génie épidémique, quels critériums permettent d'affirmer la nature de tel tableau clinique complexe, d'allure infectieuse et où prédominent les paralysies périphériques.

De critérium biologique, il n'en existe à vrai dire point ; si ce n'est peut-être pour l'encéphalite épidémique une hyperglycorrhagie dont la valeur paraît d'ailleurs discutable, et dans certains cas particuliers, la présence d'une réaction méningée qui plaide plutôt en faveur de la poliomyélite.

Les critériums cliniques ont été précisés bien avant nous ; nous ne ferons que rappeler le faible degré de l'hyperthermie et des phénomènes généraux à la période d'installation des paralysies, l'absence d'amyotrophies rapides et brutales, l'absence de rétrocession des paralysies périphériques qui sont en faveur de l'encéphalite épidémique. Mais ce qui emporte la conviction, avouons-le, pour cette dernière maladie, c'est surtout la constatation de signes moteurs extra-pyramidaux (hypertonie, tremblements, myoclonies, choréo-athétose, parkinsonisme) et plus encore la présence dans une anamnèse particulièrement fouillée d'épisodes hypersomniques.

(Voir discussion *Echo Médical du Nord,* 1930).

Dans les 3 observations que nous avons l'honneur de vous présenter, les critériums cliniques paraissent bien établir le

diagnostic d'encéphalite épidémique basse qui, pour la plupart des auteurs, n'est généralement pas suivie d'un exitus rapide.

Observation I. — Dans les premiers jours de décembre 1929, entre dans le service de l'Hôpital de la Charité, à Lille, une femme âgée de 40 ans, pour céphalée occipitale, douleurs en éclairs au niveau des membres inférieurs et difficulté importante de la marche apparue progressivement depuis deux mois auparavant.

L'étude des antécédents héréditaires, collatéraux et personnels, permet de ne trouver dans son passé qu'un seul fait digne d'intérêt : *des périodes d'hypersomnie en 1921.*

Dès le début de notre examen, nous notons la démarche particulière de la malade. Le sujet écarte en effet sa base de sustentation, lance les jambes, talonne lourdement mais ne dévie ni ne festonne ; le signe de Romberg est positif. L'épreuve du talon sur les genoux s'accomplit normalement. Aux membres inférieurs, les réflexes tendineux sont abolis. Les réflexes cutanés et plantaires sont normaux. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité cutanée ni profonde ; seul la pression des masses musculaires est très douloureuse.

Aux membres supérieurs, par contre, il existe de l'incoordination des mouvements. Nous remarquons une parésie bilatérale de l'extenseur commun des doigts, telle que la malade fait « les cornes ».

L'extension de la main sur l'avant-bras est limitée ; l'opposition du pouce est impossible. Tous les autres mouvements des doigts sont normaux.

Au niveau de l'abdomen, les divers réflexes, dont le médio pubien, répondent normalement aux incitations périphériques. Par ailleurs, pas de troubles sphinctériens. Pas de troubles trophiques. Peu de signes de la série cérébelleuse. Rien à l'appareil oculaire, sauf une légère inégalité pupillaire au profit de la pupille droite et une diminution de la vue à gauche.

A) *Pour l'appareil cardio-vasculaire,* quelques extrasystoles et un bruit de galop, 82 pulsations par minute et une tension artérielle à 13-5 1/2.

B) *Pour l'appareil digestif,* des troubles fonctionnels tels que l'anorexie, et quelques vomissements survenant brusquement sans effort après les repas.

L'urée sanguine est à 0,30, le B.-W. est négatif dans le sang

et le liquide céphalo-rachidien. Dans le même liquide céphalo-rachidien, on trouve, signe important, 1 gr. 24 de sucre pour 0,20 d'albumine et 0,8 éléments par mm^3.

La *température à l'entrée est de 37°5.*

Quelques jours après, le mouvement thermique persiste. Des vomissements répétés, sans efforts, aqueux, accompagnés de douleurs épigastriques en barre surviennent plus nombreux qu'auparavant.

Bientôt les signes nerveux s'accentuent considérablement. L'ataxie devient extrême, tant aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. La station debout n'est plus possible. Le sujet, soutenu par deux aides sous les aisselles, peut ébaucher quelques mouvements de marche en lançant les jambes dans toutes les directions et en talonnant lourdement ; l'épreuve du talon au genou est positive.

L'abolition des réflexes persiste. La paralysie des extenseurs des doigts devient de plus en plus évidente. L'acuité visuelle gauche diminue encore, et le malade ne distingue plus les doigts placés devant son visage. A droite, la vision baisse à son tour.

Une rétention vésicale très marquée complique le tableau clinique.

Le 18 décembre, aggravation des signes généraux. La température monte à 38°, le pouls bat à 110. Le faciès est hébété, les yeux hagards. La langue et les lèvres sont recouvertes de fulliginosités. Les amygdales sont volumineuses, de coloration rouge vif. Un prélèvement pharyngé n'a montré que des microbes banaux.

La malade se plaint d'une céphalée de plus en plus intense, ne répond pas aux questions ou répond mal, délire quelque peu. Par moment, il est possible de percevoir au niveau de la face *des mouvements myocloniques et au niveau des mains quelques mouvements athétosiques.* Les troubles oculaires augmentent : perte complète de la vision à gauche, *parésie du moteur oculaire externe gauche,* nystagmus.

La recherche des signes méningés demeure négative. Les vomissements ont cessé.

Un nouveau dosage de l'urée sanguine indique 0,32 par litre. Une seconde ponction lombaire permet de trouver dans le liquide céphalo-rachidien 0,98 de sucre.

Le lendemain 19 décembre, les signes généraux s'accentuent. Température, 38°2 ; pouls, 120. Obnubilation et délire de plus

en plus marqué. Les *myoclonies sont très fréquemment observées*. Paralysie du 6[e] nerf cranien, maintenant complète. Rétention d'urine totale. Constipation. *Pas de signes méningés.*

Le 20 décembre, la malade sombre dans le coma le plus absolu. La température atteint 40° et le pouls bat, filant à 150 pulsations par minute. La respiration est bruyante, sans Cheyne-Stokes. Le visage est vultueux, les pupilles en myosis réagissent faiblement. L'examen de l'appareil pulmonaire et de l'appareil cardio-vasculaire montre l'intégrité de ces viscères.

Brusquement, dans la matinée, la malade se cyanose : il y a collapsus cardiaque et mort.

Une 3[e] ponction lombaire, pratiquée une heure avant la mort, indique : sucre, 1,38 ; albumine, 0,20. Eléments par mm^3 : 0,3 ; B.-W. négatif ; benjoin colloïdal négatif.

A l'autopsie, l'encéphale et la moelle prélevés très rapidement après la mort ne présentent macroscopiquement aucune lésion. Pas d'abcès et pas de tumeur. Pas d'hémorragies, ni méningées, ni cérébrales. Les méninges sont normales. Aucune lésion pulmonaire. Pas d'adhérences pleurales. Le cœur est un peu volumineux, surtout dans ses cavités gauches. Pas d'endocardite. L'aorte, légèrement élargie, ne présente pas de plaques d'athérome.

Les viscères abdominaux et les organes génitaux sont macroscopiquement normaux.

Pour nous résumer, nous avons vu évoluer en une douzaine de jours, chez une femme ayant fait de l'encéphalite épidémique huit ans auparavant, un syndrome d'ataxie aiguë compliquée bientôt de parésies, de myoclonies, de névrite rétro-bulbaire, de paralysie de la 6[e] paire, avec, comme trouble humoral, une hyperglycorachie nette. Le tableau clinique s'accompagne d'une température qui, légère au début, augmente rapidement en même temps que les signes généraux d'infection prenaient une importance remarquable.

Observation II. — P... Adèle, âgée de 37 ans, entre dans le service de l'hôpital de la Charité, à Lille, pour impotence fonctionnelle complète des membres inférieurs, datant de 6 mois et compliquée, selon les dires de la malade tout récemment par l'apparition de gros œdèmes.

L'histoire clinique pouvait être étudiée à un double point de vue :

A) La malade est avant tout une cardiaque. Hypertendue décompensée, tachyarythmique, elle présente des œdèmes rouges des membres inférieurs remontant jusqu'à l'ombilic, de l'ascite, une hépatomégalie douloureuse, de l'hydrothorax bilatéral, peu important il est vrai, mais entraînant comme conséquence une tachypnée pénible. Le mauvais état du myocarde sera redevable de l'exitus qui se produit 4 jours après le début de l'hospitalisation.

B) La malade est ensuite une nerveuse. Elle a souffert 6 mois auparavant d'un état infectieux légèrement fébrile et n'ayant duré que quelques jours. Il semble, d'après l'interrogatoire, qu'elle ait présenté à ce moment *quelques secousses myocloniques au niveau de la face*. Un matin, 4 jours après le début de cette « grippe », en se réveillant, elle s'est trouvée dans l'impossibilité de se lever, les jambes refusant leur emploi ; il ne lui a plus été possible, à partir de cette époque, d'exécuter avec les mains tout travail délicat ou nécessitant un effort musculaire. L'examen du système nerveux permet de noter les signes suivants :

1° Paralysie flasque apyrétique des membres inférieurs. Les réflexes rotuliens, achilléens et plantaires sont abolis. Absence de douleurs à la pression des troncs nerveux et des *masses musculaires qui ne semblent pas atrophiées,* autant qu'il est possible de se livrer à pareille recherche lorsqu'il existe de l'œdème. Pas de troubles des diverses sensibilités. La malade ne peut détacher les pieds du plan du lit ni se tenir debout.

2° Parésie des membres supérieurs avec atteinte en particulier de muscles interosseux, des adducteurs et opposants du pouce atrophiés, de l'extenseur commun des doigts. Les réflexes olécraniens et bicipitaux sont abolis. Le réflexe radial existe à gauche. Dans l'attitude du serment, la malade fait les cornes. Le bras étant élevé au-dessus de la tête, la main ne peut être complètement étendue sur l'avant-bras.

3° Parésie des muscles du tronc. Les réflexes abdominaux et le sus-pubien nuls. La malade éprouve une grande peine à s'asseoir.

En outre, nous avons trouvé, au niveau de l'appareil oculaire, un nystagmus horizontal.

Aucun trouble dans la sphère psychique.

Aucun signe de la série cérébelleuse.

A la base de ce syndrome nerveux, nous n'avons pu décou-

vrir aucune des cause étiologiques habituelles. Pas d'exo ni d'auto-intoxication (arsenicisme, barbiturisme, saturnisme, éthylisme, urée sanguine = 0,67. Pas de diabète). Pas d'infections nettes (B.-W. négatif dans le sang. Le prélèvement pharyngien n'a pas montré de bacille diphtérique).

Nous avons donc songé à une polyomiélite antérieure aiguë ou à une forme basse d'encéphalite épidémique.

A *l'autopsie,* le cœur était volumineux, avec un ventricule gauche hypertrophié : dilatation légère des cavités droites, valvules sigmoïdes aortiques légèrement sclérosées.

Foie gros et congestionné. Rein globuleux. Poumons congestionnés aux deux bases avec œdème.

Prélèvement du névraxe et du cerveau macroscopiquement normaux. L'examen histologique de ces pièces a confirmé le diagnostic d'encéphalite épidémique.

Observation III (sans autopsie). — St... L., de nationalité polonaise, âgée de 38 ans, est hospitalisée au début du mois de janvier 1929, dans le service médical de l'Hôpital de la Charité à Lille.

Enceinte à ce moment d'environ 4 mois, cette malade présente un syndrome neurologique assez complexe, pour lequel l'on nous demande de pratiquer les recherches de laboratoires utiles pour l'expliquer.

Son histoire clinique peut se résumer de la façon suivante : sans aucun antécédent pathologique important, ni héréditaire ni personnel, cette jeune femme a déjà mené à terme, et dans de bonnes conditions, 4 grossesses successives. *Quelques semaines avant une cinquième grossesse,* elle a éprouvé un peu d'asthénie, quelque lassitude, et surtout une sensation de lourdeur dans les jambes, assez intense, par moments, pour la mettre dans l'impossibilité de rester debout.

Bientôt, en peu de jours, une paraplégie flasque s'installe, accompagnée de vomissements fréquents et de *quelques secousses myocloniques, avec crises spasmodiques douloureuses des membres supérieurs,* durant habituellement une à deux minutes.

Son médecin traitant la soigna pour vomissements incoercibles et tétanie, puis, ne constatant aucune amélioration, la fit hospitaliser.

Lorsque nous nous sommes trouvés en sa présence, nous avons observé, à notre tour, des signes de polynévrite des

membres supérieurs et inférieurs, mélangés, croyons-nous, à des signes indubitablement d'ordre médullaire. Il existait, en effet, une paraplégie flasque des membres inférieurs, avec une importante atrophie musculaire globale, des douleurs à la pression des masses musculaires et des troncs nerveux, des paresthésies prédominant sur le territoire du crural et du nerf saphène interne.

Le tableau clinique était analogue au niveau des membres supérieurs. L'atrophie musculaire prédominait, surtout aux éminences thénar et hypothénar. La paralysie des extenseurs communs étant d'autant plus nette que les mains et les doigts exécutaient sans cesse des mouvements choréo-athétosiques. Les douleurs au palper y étaient moindres qu'aux jambes.

Les masses musculaires dorso-lombaires n'avaient pas été épargnées. La malade était condamnée au décubitus dorsal, par suite de l'impossibilité où elle se trouvait de pouvoir s'asseoir dans son lit.

Cette situation nous apparut d'autant plus pénible qu'il y eut pendant 8 jours environ relâchement des sphincters, un peu de confusion mentale et nécessité constante d'aider la malade en ses moindres mouvements et actes de préhension des aliments.

L'absence complète de signes de la série pyramidale ou cérébelleuse, la perte des réflexes cornéens et pharyngés, la carence des signes humoraux et neurologiques de syphilis, l'intégrité complète des nerfs moteurs craniens, contribuaient à rendre difficile l'interprétation de cette *quadriplégie apyrétique.*

Par l'interrogatoire, par des examens de laboratoire appropriés, nous avons éliminé les causes toxiques et infectieuses habituelles, en particulier la diphtérie et la poliomyélite antérieure.

Nous nous étions demandés finalement s'il ne s'agissait pas d'une polynévrite gravidique. Cette hypothèse semblait d'autant plus plausible que, 20 jours après son entrée dans le service, la malade présenta de nouveau, et pendant 5 jours, de véritables crises de tétanie, avec signe de Trousseau positif, revenant spontanément 10 à 15 fois dans une même journée.

La relation entre la tétanie et l'intoxication gravidique est assez connue pour que nous n'insistions pas sur ce sujet, mais les examens suivants ont permis d'éliminer la tétanie et de rapporter ces crises à des lésions du système central de toute autre nature.

Le pH sanguin était à 7,28.

La réserve alcaline à 46, et le calcium total à 110 mmgr. La possibilité de l'intoxicatioin gravidique, un instant retenue, fut vite abandonnée, car peu de temps après, l'état général de la malade s'étant aggravé, un avortement thérapeutique eut lieu et n'amena pas la régression des symptômes, comme l'on est en droit de l'espérer en pareil cas. D'ailleurs, les éléments fournis par l'étude du liquide céphalo-rachidien avaient permis de trouver une étiologie satisfaisante : une légère dissociation albumino-cytologique à 2,1 éléments par mm^3, avec 0 gr. 25 d'albumine, et surtout une hyperglycorachie à 0,85, puis à 1,7, lors d'une 2e ponction lombaire, nous avait fait songer aux formes basses de l'encéphalite épidémique décrite dès 1917 par Cruchet.

Cette affection permet seule, en l'occurence, d'expliquer les mouvements choréo-athétosiques, les myoclonies, les polynévrites.

Le début de la maladie, par une symptomatologie que la malade aime à qualifier de « grippe », est celui que l'on a coutume de trouver en cas de névraxite. La diplopie, le strabisme, la narcolepsie, ne sont, comme on le sait, nullement indispensables pour pouvoir affirmer la nature encéphalitique d'une affection.

Il semble que 5 ou 6 mois après le début, l'affection ait tendance à régresser : les mouvements des mains sont plus faciles, la malade est plus calme, les mouvements choréoathétosiques sont plus rares, les troubles sphinctériens ont disparu. Nous n'avons pas la prétention de croire que la thérapeutique anti-infectieuse, mise en œuvre dès le début, ait eu quelque influence. Il s'agit, dans le cas présent, de l'évolution habituelle et propre aux formes basses ou diffuses de l'encéphalite épidémique. L'évolution lente, progressive, d'une durée de 5 à 6 mois, aboutit, dit-on, dans l'immense majorité des cas, à la guérison complète. Le retour à la mobilité se faisant lentement, mais d'une façon à peu près globale sur les divers membres.

Les renseignements que nous avons obtenus un an après la prise de cette observation nous indiquent semble-t-il la présence chez la malade d'un début de parkinsonisme. Notre cas est analogue donc à celui cité par Beriel et Devic (*P. M.* 1925, 31 octobre). C'est pourquoi, même dans les cas à évolution favorable, il nous semble prudent de réserver toujours le pronostic.

Au contraire, voici une observation dans laquelle il est vraiment difficile de trancher formellement le diagnostic en faveur de l'encéphalite épidémique, malgré la vraisemblance de cette hypothèse.

Observation IV. — Femme de 43 ans, sans antécédent pathologique héréditaire ou personnel, ayant ressenti, au mois de décembre 1929, une « grippe » avec douleurs sourdes dans le membre inférieur droit. Quelques journées plus tard, brusquement, la nuit, elle a présenté des vomissements répétés, avec douleurs gastriques, un léger degré de fièvre. Le lendemain, au réveil, l'impotence du membre inférieur était complète.

En avril 1930, l'examen clinique permet de constater : 1° Une quadriplégie flasque, avec grosse amyotrophie, surtout au niveau des péronés, des extenseurs, des muscles de l'avant-bras et de la main. Cette amyotrophie est moins forte aux muscles des bras et des régions scapulaires. 2° Abolition des réflexes tendineux, pas de Babinski, pas de signes d'excitation de la voie pyramidale. Abolition des troubles sensitifs sous forme de douleurs continues, avec paroxysmes fulgurants aux quatres membres. La sensibilité tactile est diminuée, il y a de l'hyperesthésie. La sensibilité profonde, le sens des attitudes, le sens stéréognostique sont troublés.

Les quelques mouvements possibles sont mal coordonnés. Il n'y a pas de troubles des sphincters.

On trouve de plus un syndrome d'irritation du sympathique cervical droit : exophtalmie, augmentation de la fente palpébrale, légère mydriase. La pupille réagit aux trois modes.

Les autres appareils ne présentent rien d'anormal.

En présence d'un tel tableau clinique, nous avons éliminé par l'interrogatoire, par les examens de Laboratoire, les diverses polynévrites et la spécificité : l'examen du liquide céphalo-rachidien montrait 2,4 éléments, 0 gr. 30 d'albumine, 0,71 de sucre. Le benjoin colloïdal, le B.-W. étaient négatifs, même après réactivation.

Les douleurs fulgurantes, les troubles sensitifs objectifs, le syndrome sympathique surajouté indiquent des lésions diffuses et ne sont pas encore décrits couramment au cours de la poliomyélite et de ses séquelles.

Par contre, l'histoire clinique, la présence de l'hyperglycorachie qui, de 0,71 est passée à 1 gr. 04 quelques temps après,

sans autre modification du liquide céphalo-rachidien, nous laissent perplexe entre les deux diagnostics vraisemblables : encéphalite épidémique et poliomyélite.

En somme, voici un exemple où, vraiment, la clinique ne fournit pas d'arguments scientifiques formels. Il n'est heureusement pas question, dans ce cas, d'appeler à l'aide les arguments anatomo-pathologiques.

A ce propos, il y a lieu de fixer en quelques mots les bases du diagnostic histopathologique différentiel entre la poliomyélite et l'encéphalite.

En théorie, le virus de l'encéphalite épidémique est un virus filtrant et invisible, virus cytotrophique, sorte de ferment dont l'action se porte en premier lieu électivement sur le parenchyme, en l'espèce sur les cellules nerveuses. Au contraire, le virus de la poliomyélite, s'il est filtrant, est visible, n'a pas de caractères cytotrophiques et se manifeste, en premier lieu, par les réactions des tissus conjonctivo-vasculaires. Donc, en principe, les lésions de l'encéphalite épidémique sont plutôt cellulaires, et les lésions de la poliomyélite plutôt vasculaires. Mais les cellules ne restent pas longtemps indifférentes aux lésions vasculaires de la poliomyélite, et l'évacuation des produits de déchets dans l'encéphalite épidémique entraîne bien vite une réaction périvasculaire. Ces faits seront d'autant plus évidents que l'examen histologique porte forcément sur un système nerveux ayant subi depuis un temps assez long l'atteinte de l'agent pathogène. Cependant, l'on retiendra la grande intensité des lésions péri-vasculaires comme un argument, assez faible il est vrai, en faveur de la poliomyélite.

En réalité, plus que l'aspect élémentaire des lésions, leur topographie possède une valeur propre pour le diagnostic, et cela indépendamment des manifestations cliniques. En effet, même lorsque les manifestations basses prédominent cliniquement, l'encéphalite épidémique affirme toujours, à l'examen anatomique, sa préférence pour le mésocéphale. Dans les deux cas anatomocliniques rapportés plus haut, nous avons trouvé : dans le pédoncule cérébral de l'infiltration névroglique, de la neurophagie, des formes de profonde déchéance cellulaire dans la substance grise périsylvienne ; dans le noyau rouge, dans le locus niger, des manchons périvasculaires discrets ; dans l'aqueduc de Sylvius, des foyers de désintégration en grappes (dégénérescence muqueuse de M. Grynfeld) et des corps amyloïdes.

Ces deux derniers produits de désintégration ne sont pas spécifiquement caractéristiques de l'encéphalite épidémique ; nous les avons retrouvés dans l'encéphalite poliomyélitique, mais alors dans la substance blanche du centre ovale.

Nous retrouvons toujours la même conception, c'est la topographie des lésions, plus que les lésions elles-mêmes, qui permet le diagnostic histoanatomique. Après les lésions pédonculaires sont particulièrement fréquentes et importantes dans l'encéphalite épidémique les lésions optostriées et aussi les lésions cérébelleuses, dont l'importance nous paraît, en général, avoir été sous-estimée par les auteurs.

Au contraire, l'encéphalite épidémique respecte relativement le cortex et les méninges cérébrales, même dans les parties profondes comme l'insula et la moelle, que la poliomyélite haute lèse profondément.

A égalité de paralysies périphériques, une moelle d'encéphalite basse, examinée après une moelle de poliomyélite, paraît presque indemne à un examen superficiel. C'est seulement en y regardant de plus près qu'on s'aperçoit de l'importance des lésions cellulaires dans les cornes antérieures, de la prolifération névroglique et de l'infiltration péri-vasculaire, d'ailleurs toujours discrètes.

Pour nous, résumer le diagnostic différentiel entre une encéphalite épidémique à forme basse et une paralysie infantile à forme haute, aussi bien cliniquement qu'anatomiquement, ne nous offre pas encore des critériums formels. Chaque cas particulier ne peut être résolu que par l'accumulation et la discussion d'arguments de toute nature.

(Clinique médicale de l'hôpital de la Charité
et Laboratoire de la Clinique d'Esquermes-Lille)

Sclérose tubéreuse à forme familiale et héréditaire

(Communication avec projections)

Par M. J. Koenen

Médecin à la Maison de Santé Voorburg, à Vught (Pays-Bas)

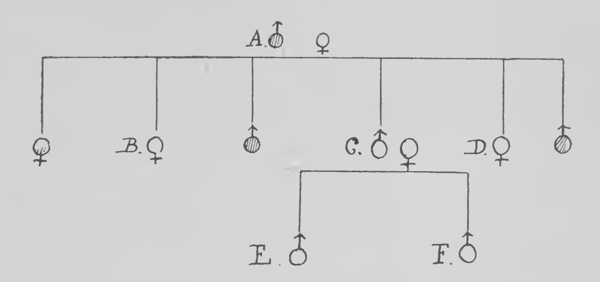
L'entité morbide de la sclérose tubéreuse, décrite par *Bourneville* en 1880, sous le nom de « sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales », appartient à la catégorie des affections relativement rares. Il est plus rare encore de voir cette maladie atteindre plusieurs membres d'une même famille, et je n'ai pu trouver dans la littérature que quatre publications signalant ce fait. La plus ancienne est de *Berg*, qui décrivit en 1913 les cas d'une jeune fille et de son père, morts tous deux des suites de cette maladie. Le grand-père paternel avait été emporté par une tumeur rénale.

Dans sa thèse parue en 1922, mon compatriote *Van Bouwdijk Bastiaanse* décrivit cinq cas de sclérose tubéreuse observés dans une famille de treize enfants. Outre l'observation de Berg, il signale une publication de *Schuster*, qui observa l'association d'adénomes sébacés et de crises nerveuse chez un enfant arriéré, dont un oncle paternel avait présenté des symptômes identiques.

Brushfield et *Wyatt* ont décrit, en 1926, un sujet atteint de cette maladie, et dont le frère, d'ailleurs bien portant, présentait des adénomes sébacés.

La même année, *Janssens* présenta à la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie quatre malades appartenant à une même famille et qui présentaient des symptômes de sclérose tubéreuse. Cette observation m'a incité à rechercher dans cette même famille, dont je vous présente ici l'arbre généalogique, l'existence éventuelle d'autres cas de cette affection. Les sujets qui présentent des symptômes de sclérose tubéreuse — six au total — ont été indiqués dans ce tableau par une lettre ; ceux qui sont décédés sont indiqués par des hachures.

A est mort il y a neuf ans à la suite d'une ascite ; six ans plus tôt, il avait été frappé d'apoplexie. Cet homme était brasseur et faisait un usage immodéré de bière. Aussi bien sa femme que ses trois enfants m'ont décrit de la manière la plus précise l'adénome sébacé étendu, typique, de la peau du visage, l'aspect « peau de chagrin » du revêtement cutané de la région lombaire, et les gonflements au niveau du bord des ongles des doigts et des orteils, symptômes morbides qui, comme nous le verrons plus loin, se retrouvent dans toute



cette famille. Ces symptômes n'existaient pas chez A au moment de sa naissance ; l'époque de leur apparition n'est pas connue, mais il est certain, toutefois, qu'ils étaient complètement développés au moment de son mariage, à 38 ans. Ce malade n'a jamais présenté ni crises nerveuses ni absences. Je n'ai pu me procurer aucune photographie de ce sujet.

De l'union de *A* avec sa femme, qui a toujours été bien portante, sont nés six enfants. Trois de ceux-ci sont morts en bas-âge, sans avoir présenté aucun symptôme de sclérose tubéreuse. J'ai examiné les trois autres, — deux filles et un fils, — ainsi que les deux garçons E et F, nés du mariage du fils C, lesquels sont les deux seuls petits-enfants de A, les filles B et D étant restées célibataires.

B est une femme de 46 ans. Elle a présenté, à l'âge de 4 ans, des crises épileptiques pour lesquelles elle a été traitée et qui ont guéri rapidement et définitivement. Dans la peau du visage, on constate la présence d'un adénome sébacé typique, localisé

principalement dans la région des sillons naso-labiaux. Dans le cou, il existe de petits fibromes pédiculés, la peau de la région lombaire présente l'aspect typique « peau de chagrin », et à la base des ongles de certains orteils on note la présence de tumeurs. Cette malade ne présente aucun autre signe somatique d'une affection quelconque ; le fond d'œil est normal à droite et à gauche.

Son frère *C* est âgé de 44 ans. Il n'a jamais souffert de crises épileptiques ou d'absences. Sur les ailes du nez et autour de la bouche, il présente de l'adénome sébacé, dans la nuque une grande quantité de petits fibromes pédiculés, dans la région lombaire une « peau de chagrin », et, enfin, des tumeurs au bord des ongles des orteils.

Il n'existe chez cet homme aucun autre symptôme morbide ; le fond d'œil est normal.

D, la jeune sœur des deux malades précédents, est une femme de 42 ans. Elle est atteinte d'une sclérose tubéreuse classique. Depuis l'âge de 4 ans, elle souffre d'attaques de petit mal, qui existent encore actuellement. Son développement, tant au point de vue physique qu'intellectuel, a été rapide et normal, à l'école elle s'est montrée bonne élève. Dès l'enfance, elle a montré un caractère irritable et des tendances religieuses manifestement exagérées. A 18 ans, elle a présenté pour la première fois des crises épileptiques graves, mais relativement peu fréquentes ; à 22 ans, à la suite de crises répétées, elle aurait même présenté une période de sommeil profond ayant durée trois jours. Cette femme fait actuellement encore des crises comitiales régulières, et elle présente en outre périodiquement, pendant plusieurs semaines, des troubles du caractère d'allure mélancolique.

Il existe au niveau de la face un adénome sébacé étendu, dans la région lombaire (surtout à gauche) une « peau de chagrin », et aux bords des ongles des doigts et des orteils on constate la présence de tumeurs caractéristiques. Le fond d'œil est normal à droite et à gauche.

E, l'aîné des fils du malade, dont vous avez vu la photographie, est âgé de 10 ans. Chez cet enfant, la peau de la région lombaire présente par places l'aspect « peau de chagrin », et dans le cou il exsite quelques petits fibromes. Ce garçon, dont l'intelligence est normale, n'a jamais présenté ni crises nerveuses ni absences, mais il se plaint de maux de tête fréquents. A part cela, d'après les dires des parents, il a toujours

été bien portant. A l'examen, j'ai décelé la présence d'albumine dans les urines et une absence bilatérale des réflexes abdominaux.

F, le fils cadet, est âgé de huit ans. Vers l'âge de trois ans, il a souffert de crises épileptiques typiques, qui ont disparu sous l'influence d'un traitement par l'alitement, un régime approprié et de petites quantités de luminal. A cette époque, l'enfant ne présentait encore aucun symptôme qui aurait pu faire prévoir le développement d'une sclérose tubéreuse. Six mois après le début du traitement, il eut encore une crise, puis une autre — la dernière cette fois — à l'âge de 4 ans. Actuellement, on constate dans la région lombaire basse, juste au-dessus du sacrum, un aspect « peau de chagrin » du revêtement cutané. Cet enfant est intelligent, mais nerveux ; il ne présente aucune autre anomalie somatique et, comme chez tous les autres membres de la famille, on ne trouve chez lui aucune tumeur du fond de l'œil.

On peut se demander s'il est justifié chez ces six personnes de poser le diagnostic de sclérose tubéreuse.

Que D soit une malade atteinte de cette maladie, ne peut faire aucun doute. Dans sa jeunesse, elle eut des absences et plus tard des crises épileptiques. Son intelligence a diminué progressivement ; à la peau de la face, à la surface et aux alentours du nez, dans les plis naso-labiaux, sur la partie des joues qui avoisinent ces plis, au menton, autour de la bouche et sur le front, s'est développé le type de l'adénome sébacé décrit par Pringle. De plus se sont développées chez elle de petites tumeurs à la base des ongles des doigts et des orteils et à la région lombaire la peau a subi des transformations d'aspect peau de chagrin.

L'association de l'épilepsie, de la régression mentale et des changements cutanés cités justifient le diagnostic de sclérose tubéreuse.

Le plus jeune garçon F, est certainement aussi atteint de cette maladie. Il a souffert d'épilepsie, et montra ultérieurement des plaques chagrinées à la peau des lombes.

Chez les quatre autres, je pense pouvoir poser le même diagnostic. L'élément épileptique manque bien chez trois d'entre eux, mais chez tous on trouve dans une plus ou moins grande mesure les modifications cutanées qui, si elles n'ont pas seules de signification certaine, représentent ensemble une forte présomption de sclérose tubéreuse. Les réflexes abdo-

minaux sont en outre absents chez E et il présente de l'albuminurie.

Depuis que nous savons que la sclérose tubéreuse peut être familiale, nous pouvons dans ces cas, où les équivalents épileptiques manquent, poser avec une probabilité qui confine à la certitude, le diagnostic, lorsqu'à côté de ces formes frustes il existe dans la famille des cas classiques.

Tant dans les cas décrits par *Berg* que dans ceux de *Schuster* et de *Van Bouwdijk Bastiaanse,* on voit que les premiers symptômes de la maladie sont de plus en plus précoces dans les générations qui se suivent. Il est regrettable qu'il ne m'ait pas été possible de rechercher cette « règle » pour mes cas. On ne sait rien de l'époque à laquelle chez *A*, chez *C* et chez *E* ont débuté les modifications cutanées. Nous savons que les phénomènes épileptiques se sont produits chez B et D à l'âge de 4 ans, tandis que chez F les accès survinrent avant 3 ans.

Chez ces trois malades, appartenant à deux générations différentes, nous constatons donc que ce phénomène morbide apparaît plutôt dans la génération la plus jeune, que dans la génération qui précède.

COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE

L'assistance psychiatrique en Indochine

par le Dr R. Lefèvre

Médecin-Lieutenant-Colonel des Troupes Coloniales au Ministère des Colonies

La question de l'Assistance aux Aliénés dans nos colonies n'est pas neuve ; de tout temps, les pouvoirs publics s'y sont intéressés. C'est ainsi qu'au lendemain de la promulgation en France de la loi de 1838, la Martinique construisait un Asile en 1839, la Réunion en 1852, la Guadeloupe en 1882.

Mais, à la fin du XIXe siècle, notre domaine colonial s'agrandissait considérablement : tout était à faire pour son équipement sanitaire ; d'immédiats et multiples soucis reléguèrent à l'arrière-plan, l'organisation de l'Assistance aux aliénés.

Pour un temps seulement. Car, dès 1902, Madagascar aménageait 2 pavillons à l'Hôpital de Fenoarivo et construisait en 1912 son asile actuel ; la même année, l'Indochine adoptait le principe de la création d'un Asile d'aliénés.

En 1913, le magistral rapport de MM. Régis et Reboul au XXIIe Congrès de Tunis, posait les bases toujours actuelles d'une organisation psychiatrique coloniale, et le Ministre des Colonies demandait aux Gouverneurs, de mettre à l'étude les vœux présentés par le Congrès.

La guerre et la dure situation qu'elle nous laissait devait empêcher la réalisation intégrale des programmes établis à cette époque. Seules, deux colonies furent en état de poursuivre cet effort ; Madagascar améliora l'asile d'Anjanamasina ; l'Indochine créa son organisation actuelle d'Assistance mentale dont je vais brièvement vous entretenir aujourd'hui.

Les aliénés indochinois sont hospitalisés à l'Asile de Bien-Hoa, qui fut livré à l'exploitation en janvier 1919 (1).

Il s'élève dans un site agréable, à 33 kilomètres de Saïgon, et comprend une trentaine de bâtiments, construits selon les principes modernes, sur un vaste quadrilatère de 17 hectares environ, traversé par une petite rivière aux eaux claires. Le courant électrique qui fournit l'éclairage est donné par la ville de Cholon ; des puits alimentent un réservoir de 16 mètres-cubes qui distribue l'eau courante.

Un cinquième environ du terrain bâti est réservé aux logements du personnel, aux bureaux et locaux accessoires, au quartier d'admission avec service d'hydrothérapie, au quartier provisoire des malades européens, composé de 3 pavillons et nettement séparé du reste de l'établissement par la rivière.

Dix pavillons sont affectés à l'hospitalisation des malades indigènes, séparés par sexe, bien entendu, et divisés en :

Tranquilles ;
Semi-tranquilles ;
Agités.

Chaque pavillon dispose d'un assez vaste espace, planté de cultures vivrières, de massifs de fleurs et de quelques arbres. Aux extrémités sont les lavabos, salles de bains, water-closets à chasse d'eau. Ces pavillons sont séparés les uns des autres par des clôtures en fil de fer, masquées par des haies vives ; l'ensemble des bâtiments étant lui-même clôturé de la même façon.

Un local, tout à fait isolé, est destiné à l'internement des aliénés criminels. L'asile dispose en outre d'une petite infirmerie avec salle d'opération, et d'un laboratoire où peuvent être pratiqués en partie les examens biologiques et chimiques nécessaires.

Une piscine a été aménagée en élargissant l'arroyo qui traverse l'asile ; cette amélioration a été particulièrement appréciée des pensionnaires indigènes.

Enfin, une école, dirigée par un instituteur indigène, a été créée pour les enfants des surveillants et des infirmiers.

Le matériel de literie, composé de lits en bois recouverts de

---

(1) Une maquette de l'Etablissement, exécutée par deux infirmiers indigènes, sur les indications du docteur AUGAGNEUR, figurera au Pavillon de l'Indochine de l'Exposition Coloniale.

nattes, est adapté aux habitudes domestiques des indigènes. Dans les quartiers cellulaires, le lit est en maçonnerie.

L'alimentation, confiée à un adjudicateur, est largement assurée en riz *fraîchement* décortiqué — ce qui explique sans doute l'absence d'épidémie de béri-béri, en poisson ou viande de bœuf, en légumes verts, condiments et thé.

L'ameublement et la nourriture des Européens est également l'objet de soins tout particuliers.

Le personnel de l'Asile comprend :

1 médecin-chef européen, Directeur ;
1 médecin indochinois ;
12 infirmiers et infirmières indigènes.
Une soixantaine de surveillants, surveillantes et de manœuvres.

Dès le début, les médecins se sont attachés à mettre en pratique le travail agricole intelligemment réparti. Cette expérience était d'autant plus indiquée que la majorité des internés sont des cultivateurs. Perfectionnée d'année en année, elle a donné les résultats les plus encourageants, aussi bien au point de vue thérapeutique qu'au point de vue pratique. La proportion de travailleurs agricoles est d'environ 1/3 de l'effectif. L'asile produit du riz, du manioc, des patates, des légumes, du tabac, en quantité suffisante pour alléger fortement son budget. Des plantations d'hévéas ont été faites ces dernières années.

On ne néglige pas non plus d'utiliser les malades ouvriers dans leur spécialité ; presque tous les travaux d'entretien sont exécutés uniquement avec cette main-d'œuvre.

L'administration de l'Asile est florissante. En 1929, son budget s'équilibrait par un excédent de recettes de 30.000 fr.

On le voit, rien n'a été négligé pour le bien-être moral et matériel des internés ; aussi les évasions sont-elles extrêmement rares. Le médecin-chef actuel, le D Augagneur, médecin des troupes coloniales, envisage même la création d'une salle des fêtes pour représentations théâtrales et cinématographiques, d'un terrain de sports et de réfectoires.

Quel accueil la population annamite a-t-elle fait à cette nouvelle création de l'Assistance médicale ? Les chiffres suivants vont en donner une idée :

En 10 ans, le mouvement des malades est passé de 138 en 1919, à 500 en octobre 1930, si bien que l'Asile apparaît dès

maintenant comme insuffisant ; constatation qui justifierait — s'il en était besoin — le principe émis par le professeur Régis, qu'en matière de construction d'Asiles, on ne prévoyait jamais assez grand.

Au point de vue des résultats thérapeutiques, pour ne citer que la statistique de 1928, sur 587 malades traités, 96 sont sortis par guérison après un temps d'internement, variant entre 5 et 80 mois.

Ajoutons rapidement qu'une partie des malades sont avant leur internement, soumis à une période d'observation dans le quartier spécial de l'hôpital de Choquan (banlieue de Saïgon), actuellement dirigé par le Dr Sonn, médecin des asiles de la Seine. Sur les 101 malades passés à Choquan en 1929, 83 ont été internés à Bien-Hoa, et 18 renvoyés dans leurs villages après quelques semaines de soins.

Tel qu'il est actuellement, l'Asile de Bien-Hoa, sans avoir l'importance des grands manicômes des colonies anglaises et hollandaises voisines, dont certaines arrivent à hospitaliser 3.000 malades (Singapour, Java, Colombo), rend les plus grands services. Il y a évidemment des perfectionnements de détails à apporter, tels que la construction d'un quartier européen avec une annexe ouverte, dépense prévue d'ailleurs pour cette année, sur les crédits supplémentaires de l'emprunt colonial. Cette amélioration est d'autant plus nécessaire que le nombre des Européens qui se fixent définitivement en Indochine, ira en augmentant comme celui des enfants métis auxquels on accorde la nationalité française. La création d'un service ouvert pour les indigènes est également prévue.

Jusqu'à l'an dernier, le sort des aliénés et la protection de la collectivité contre les personnes atteintes de psychonévroses, étaient réglementées par trois arrêtés du Gouvernement de l'Indochine, en date du 3 mai, du 6 novembre et du 23 novembre 1918. Ils ne constituaient qu'une étape initiale dans la recherche d'un régime légal à appliquer aux aliénés.

Ce statut vient d'être définitivement arrêté par le décret du 18 juillet 1930 sur l'assistance psychiatrique en Indochine (*J. O.* de la R. F. du 23 juillet 1930, page 8.430). Le texte du projet fut discuté à la Commission consultative d'Assistance et d'Hygiène mentale du Ministère des Colonies et, sur l'initiative de M. Genil-Perrin, rapporteur de la question, certaines modifications furent proposées au Gouvernement général de l'Indochine, qui les accepta.

Le Décret s'inspire de la loi fondamentale de 1838, mais il y ajoute des dispositions nouvelles, étudiées en partie dans le projet Strauss, bien adaptées à la situation des psychopathes en Indochine. Si bien que la législation de notre colonie se trouve ainsi en avance sur celle de la Métropole.

Parmi les dispositions nouvelles ne figurant pas dans la loi de 1838, les plus intéressantes sont les suivantes :

1° Réglementation du traitement des psychopathes à domicile ;

2° Caractère provisoire de l'internement jusqu'à décision du Tribunal ;

3° Réglementation de l'entrée des aliénés dans les services hospitaliers pour observation ;

4° Possibilité du placement *volontaire* à la demande du malade lui-même ;

5° Intervention possible du Commissaire de police dans le placement *demandé.*

6° Régularisation de l'internement des épileptiques et des toxicomanes ;

7° Sorties d'essai ;

8° Réglementation de l'internement des aliénés criminels et dangereux ainsi que des sujets reconnus irresponsables.

Enfin, le Décret a résolu les difficultés qui pourraient naître au sujet des transferts et des rapatriements.

Et par ailleurs, il laisse au Gouvernement général de l'Indochine l'initiative indispensable pour les modalités de son application aux Indigènes, et peut servir de cadre aux arrêtés locaux et aux ordonnances royales qui interviendront ultérieurement, particulièrement en ce qui concerne la capacité civile et l'administration des biens.

⁂

Telle est, rapidement esquissée, la situation actuelle des aliénés en Indochine. Elle sera encore améliorée dans un avenir prochain, par l'ouverture de l'Asile de Bac-Giang, au Tonkin, dont l'achèvement est prévu pour cette année et plus tard par la création d'un pavillon spécial au Cambodge. Enfin, l'aménagement de quartiers d'observations dans les hôpitaux des grands centres est prévu à l'article 45 du Décret de juillet 1930.

De l'hyposulfite de magnésium en Thérapeutique Psychiatrique

par P. Combemale et M. Cappelle
de la Maison de Santé de Bailleul

Ayant supposé, après beaucoup d'autres, du reste, que les accès de manie et de mélancolie, qui surviennent parfois avec un rythme infaillible, et contre lesquels nous sommes thérapeutiquement désarmés, même en utilisant les médications actuellement connues contre l'activité des systèmes sympathiques et parasympathiques, relèvent en grande partie aussi de chocs humoraux, nous avons essayé, par la médication antichoc de Lumière, d'empêcher ceux-ci soit d'apparaître, soit de se développer.

Nos résultats furent très inégaux. Nuls dans les accès de mélancolie simple, ils furent un peu meilleurs dans l'hypomanie, très apparents dans l'anxiété aiguë. Nous avons suspecté alors, non plus la propriété antichoc de l'hyposulfite de magnésium, mais une action du magnésium lui-même, action semblable, en plus intense, à celle à laquelle Codet et Montassut (1) ont eu recours, il y a quelques mois, pour traiter les déprimés émotifs.

Depuis décembre 1930, nous avons pu appliquer cette méthode sur 17 sujets. Six d'entre eux étaient des femmes anxieuses ; deux l'étaient depuis plusieurs années sans rémission : les effets furent nuls dans un cas ; dans l'autre, il y eut une atténuation nette durant un mois ; les 4 autres anxieuses l'étaient de date relativement récente ; en huit jours, l'anxiété était tombée chez deux de ces dernières ne laissant, un mois plus tard, qu'un peu d'inquiétude.

Pour une dernière malade, le résultat fut remarquable : il

---

(1) Le magnésium chez les déprimés émotifs, *Le Progrès médical*, 1931, n° 3, p. 119.

s'agissait d'une périodique qui, depuis de nombreuses années, faisait six fois par an des accès de confusion anxieuse d'une durée de quatre semaines environ. Appliqué tout au début d'un accès, l'hyposulfite de magnésium ramena le calme complet en huit jours, calme qui persista 2 mois 1/2 ; puis un nouvel accès fut jugulé à nouveau, parfaitement, en dix jours.

Nous avons traité par la même méthode six cas d'excitation maniaque : trois chroniques sans succès, un aigu sans succès, un autre cas aigu avec succès partiel, en ce sens que le calme physique seul fut obtenu, mais ne se prolongea guère que cinq ou six jours après la dernière injection ; enfin, un cas d'hypomanie, survenant par accès et pour lequel le succès fut complet et semble durable.

Enfin, dans trois cas d'accès mélancoliques à répétition, mais sans inquiétude ni anxiété, et dans deux cas de délire hallucinatoire au début, les effets furent absolument nuls.

Comme hyposulfite de Magnésium, nous avons utilisé l'Emgé Lumière. Il fut toujours introduit par injection intraveineuse et intramusculaire, la voie digestive nous ayant donné des résultats trop peu marqués. Trois jours de suite il était poussé 10 cc. d'Emgé Lumière, soit 1 gr. d'hyposulfite de Magnésium, le premier jour 30 cgr. dans la veine et 70 cgr. dans les muscles de la cuisse, le deuxième jour 40 cgr. dans la veine et 60 cgr. dans le muscle, le troisième jour, 50 cgr. par chacune des mêmes voies. Le cinquième, septième, et parfois neuvième jour, nous injections à nouveau 50 cgr. dans la veine et 50 cgr. dans le muscle. Dès la 2[e] ou la 3[e] injection, le mieux se dessinait rapidement. Nous n'avons à signaler aucun accident ni incident. Souvent, les malades accusent un goût métallique très passager, à la fin de l'injection intraveineuse.

Nous n'avons actuellement que trop peu de cas pour pouvoir porter un jugement définitif sur la sûreté de cette nouvelle thérapeutique. Mais ces premiers essais, encourageants dans le traitement de l'anxiété, nous semblent utiles à signaler.

Nouvelles méthodes de désintoxication de la morphine

Par le Dr Christin, (de Montreux, Suisse)

Sans doute, tout a déjà été dit sur le traitement des toxicomanies, mais malgré les restrictions légales, les malades restent assez nombreux et les cures mêmes les mieux conduites provoquent assez de souffrances ou du moins inspirent assez de craintes pour qu'on cherche tous les moyens de les faciliter.

Nous ne voulons pas oublier que le morphinomane est un malade, un débile, le plus souvent un psychopathe. Il cherche dans la morphine le tonique, le dictame qui calmera le tourbillon angoissant de ses obsessions, lui procurera la paix intérieure, lui donnera l'énergie nécessaire à l'accomplissement de ses devoirs journaliers. La morphine est ainsi dans une certaine mesure pour le système nerveux ce qu'est la digitale pour le cœur ; à la fois sédative et tonique. Et c'est ce facteur tonique qui crée le besoin. Un homme fort et équilibré, à qui pour calmer des souffrances on a donné de la morphine, ne devient pas morphinomane. Il est adapté à la vie ; il a les forces pour la lutte ; il n'est pas inhibé par des complexes. Mais ceux qui ont des déficits psychologiques, deviennent dès les premières injections des toxicomanes. Délivrés des malaises physiques ou moraux qui les paralysaient, ils renaissent à la vie, à l'espoir, à l'activité. La morphine devient un excitant physiologique et sa privation provoque des phénomènes de carence. Mais avec l'accoutumance, il faut augmenter les doses pour obtenir le même effet. Seulement la tolérance, c'est-à-dire la possibilité de décomposer la morphine en produits inoffensifs, est limitée. Tant que le malade trouve l'équilibre, le bien-être en-dessous de la dose limite, tout va bien ; au moment où il franchit cette limite commence la seconde étape de sa maladie. Supposons que sa limite d'assimilation soit 1 gr. et qu'il lui faille 110 cgr., il souffrira doublement, d'abord parce qu'il lui manque 10 cgr. pour obtenir l'équilibre, ensuite parce que les 10 cgr. qu'il a injectés au delà de sa tolérance agissent comme un poison direct. Alors commencent tous les troubles

trop connus du morphinisme et le malade se résigne à se faire soigner.

La connaissance de la psychologie du morphinomane montre à la fois les dangers et les inconvénients des deux méthodes de désintoxication brusque et de désintoxication lente.

Supprimer le toxique n'est qu'une première étape.

L'essentiel est de libérer le malade de ses inhibitions, de le réadapter à la vie ; et pour l'atteindre il faut qu'il ait confiance en son médecin, qu'il se livre à lui complètement. Ne pensez-vous pas que le malade doit éprouver une grande angoisse quand il se voit enfermé, fouillé comme un criminel. La suppression de la drogue produit en même temps une désagrégation profonde de la personnalité. Comment le malade s'abandonnerait-il avec confiance à un médecin qu'il connaît à peine et qui doit lui paraître brutal et sans pitié. Et c'est pourtant à ce moment qu'il a le plus besoin d'une aide, d'un réconfort, d'une psychothérapie compréhensive.

D'autre part, il faut aussi rapidement que possible supprimer les injections, car la bonne volonté du malade est fugace ; c'est un instable, il se décourage vite et à prolonger la cure on ne fait que l'énerver et rendre encore plus pénible la suppression des derniers centigrammes.

C'est ainsi qu'après avoir essayé toutes sortes de méthodes et de très nombreux produits de substitution, je me suis arrêté à la méthode par ingestion. Le foie agit comme un filtre et un épurateur. On sait que la morphine injectée dans la veine porte est beaucoup moins toxique. Encouragé par les bons résultats obtenus par Muller-Roland (de Godesberg), dont la compétence est incontestée et Gorlitz (de Stettin), j'ai essayé l'*Eumécon*.

C'est une solution de morphine à 2 0/0 additionnée d'extrait de Combretum Sundaicum et de correctifs. Cette variété de Combrette est une plante grimpante de Malaisie riche en un tannin spécial. Depuis longtemps, les bûcherons chinois ont remarqué que son infusion fait perdre l'envie de fumer l'opium. L'Eumécon présente le grand avantage de permettre de supprimer immédiatement toute injection. L'effet moral est considérable. Le malade se déshabitue de l'impression psychique de la piqûre sans éprouver de malaise. La grande expérience de Muller-Roland lui a fait établir un barème de substitution qui est calculé très largement. On donne l'Eumécon entre les repas dans un peu d'eau, commençant par 5 à 6 fois 6 cc,

pour un malade qui prendrait plus de 1 gr. de morphine ou 5 fois 5 cc. pour plus de 50 cgr. de toxique. On diminue en s'adaptant à l'état du malade pour arriver à 0 en 10 à 12 jours. L'Euméeon ne procure aucun effet euphorique, mais supprime tous les troubles gastro-intestinaux ; bien mieux, il réveille l'appétit. Il fait disparaître les sensations de froid, de crampes dans les mollets, l'inquiétude et l'agitation. Les malades sont surpris du bien-être, mis en confiance et par là les relations de malade à médecin sont facilitées.

Je donne en plus volontiers un peu de gardénal ou de belladénal pour diminuer l'amplitude des réactions vago-sympathiques si étendues chez ces malades. Encore un détail important : s'abstenir de tabac, qui avec le combretum donne facilement des nausées ou même fait vomir.

Pas plus avec l'Euméeon qu'avec n'importe quel autre produit, on ne se désintoxique seul. La cure est moins pénible, mais demande autant de patience, de ténacité ; c'est le traitement subtil, astreignant et souvent ingrat de tous les psychopathes.

Serait-il possible d'abréger ce travail ? Permettez-moi quelques mots sur un essai intéressant d'*auto-sérothérapie*. Le Dr Moudinos, médecin en chef de l'hôpital européen d'Alexandrie depuis 20 ans, insiste sur les effets thérapeutiques du *sérum de vésicatoire ;* il en a obtenu des résultats inattendus dans le traitement des toxicomanes. Un vésicatoire est appliqué le soir ; le lendemain,on retire environ 10 cc. cubes de sérosité qu'on réinjecte sous le derme en même temps qu'on donne 2 gr. de chloral pour calmer la nervosité... Une seconde, puis une troisième injection provenant de nouveaux vésicatoires sont faites à 3 jours d'intervalle. A la surprise des malades et du médecin aussi, car au début ce traitement était institué pour du rhumatisme ou d'autres affections, le besoin, le désir de prendre de la morphine ou de la cocaïne disparaît très vite en même temps que l'état général s'améliore visiblement. L'essai fut répété 8 fois avec un résultat aussi favorable, sauf qu'il fallut dans certains cas renouveler jusqu'à 5 fois les injections de sérosité de vésicatoire. J'ai moi-même essayé 3 fois cette méthode. 1 échec complet ; 1 fois le malade impatient refuse de continuer, quoique amélioré ; 1 fois, dès la seconde injection, amélioration et au bout de 8 jours on peut parler de guérison, sous réserve du contrôle du temps.

COMMUNICATIONS DE MÉDECINE LÉGALE

La responsabilité pénale diminuée du tuberculeux au point de vue médico-légal (1)

par le Dr Boris Wassileff

jadis Chef de Section de la Clinique Royale Médicale de Gènes
Directeur du Dispensaire « Regina Giovanna di Bulgarie »
pour la Prophylaxie-Diagnostique et Thérapie du Cancer
Directeur Scientifique Honoraire de l'Institut Biochimique ligurien

La tuberculose en activité est sûrement une maladie générale, c'est-à-dire de tout l'organisme.

Le processus tuberculeux, qui s'est développé à la charge de quel que ce soit tissu organique, agit et donne l'intoxication à notre organisme, par deux différents moyens :

La première et principale action toxique est due à la tuberculose toxiémie (endo-exotoxine) c'est-à-dire à cause du métabolisme du bacille de Koch et de la décomposition de son corps.

L'autre action toxique est due à l'absorption du matériel cellulien organique, en proie à une dégénération tuberculeuse, plus ou moins prononcée.

L'état de ré-activité bio-organique du sujet frappé par l'infection ou par la tuberculose, et le degré de la virulence toxino-bacillaire, déterminent la marche et le caractère du tableau clinique du tuberculeux.

C'est sur la relation entre ces deux facteurs qu'on doit se baser pour prononcer un pronostic plus ou moins exact.

Comme base de cette conception et pour la précision du tableau clinique médical, il nous reste toujours le fait positif de l'auto-bacille-tuberculose toxiémie, qui agit et répercute sur l'entier organisme, et principalement sur le tissu nerveux. Plusieurs collègues auront maintes fois

(1) Thèse II, édition *Policlinico*, L. Pozzi, Rome.

l'occasion d'observer, comme très fréquemment, chez les sujets tuberculeux, que les facultés mentales sont dans un état d'altération, et comme souvent ces sujets offrent des vrais et absolus états (formes) de névropathie tuberculeuse.

L'intoxication tuberculeuse peut être la cause directe des maladies nerveuses et mentales.

Les expérimentations exécutées sur des animaux auxquels on a injecté une certaine quantité de sérum d'un tuberculeux, donnent, comme résultat, la mort des animaux mêmes. Une moindre quantité ne parvient pas à causer la mort. Mais cette même dose de moindre quantité mélangée avec du tissu nerveux d'un tuberculeux devient, au contraire, mortelle. Cette expérimentation nous montre quelle sensibilité de fixation (absorption) possède le tissu nerveux à l'égard des toxines tuberculeuses.

Les observations anatomo-pathologiques nous démontrent comment la cellule nerveuse, sous l'action des toxines bacillaires, subit des altérations : déformation cellulaire en masse, cromatolyse-dégénération du protoplasme, dérangement du noyau, varicosité des prolongements, etc. Le sérum du sang des tuberculeux contient des substances qui ont une action toxique, bien distinctement nerveuse. Le tuberculeux, sous la constante influence des toxines tuberculeuses, vient se trouver dans le même état d'un alcoolisé et les lésions dans son cerveau sont déjà très remarquables quand le processus tuberculeux du foyer est à peine à son commencement.

Des études histologiques du système nerveux dans l'intoxication tuberculeuse, dans le sens anatomo-pathologique, nous indiquent et décrivent de véritables et nombreuses lésions tuberculeuses à la charge de la substance grise du cerveau. Charrin s'exprime de la manière suivante : « Il n'y a jamais d'infection tuberculeuse sans neurite. »

Cela nous démontre que, même le système nerveux périphérique est frappé.

Maintes névralgies sont provoquées par l'action des toxines. En général, l'intoxication tuberculeuse agit, premièrement, comme un excitant et un stimulant, pour devenir après déprimante et paralysante. Carrière affirme que les neurites tuberculeuses ont plutôt une origine toxique que bacillaire, et qu'on peut les trouver dans des sujets déjà

frappés par la tuberculose dans quelques autres organes ou systèmes.

Perturbation de l'innervation périphérique et du sympathique

La pression artérielle chez le tuberculeux se présente diminuée. On remarque, quelquefois, dans les régions zigomatiques, la paralysie des nerfs vaso-moteurs (vasocontricteurs).

Le dermographisme est toujours présent.

Les sueurs locales et profuses sont dues à l'excitation directe des toxines tuberculeuses sur les centres nerveux (sudoripares, sudorifères). La tachycardie, l'oppression cardiaque, la pseudo-angine de poitrine sont très fréquemment présentes. Les phénomènes dyspeptiques et les désordres de la secrétion gastrique sont presque toujours existants. D'autres troubles assez fréquents sont : l'impotence, la constipation avec diarrhée alternée, l'atonie gastrique, etc.

Les réflexes et l'excitabilité mécanique des muscles se présentent exagérées.

L'anisocorie et la mydriase sont très fréquentes. Les sensibilités tactile et douloureuse sont exagérées.

Il y a pourtant des cas dans lesquels on a une diminution ou presque totale anesthésie, soit tactile, soit dolorifique (on remarque souvent des crampes, topalgie, lumbagos, névralgies, etc.).

Chez les criminels, en général, et chez certains tuberculeux, on constate très fréquemment une anesthésie dolorifique.

L'instinct sexuel est exagéré. Prenons deux couples de cobayes (mâle et femelle), renfermons-les dans deux cages séparées. Le couple de cobayes qu'on a rendu malade exprès de la tuberculose présente une très distincte hypersensualité, tandis que l'autre, au contraire, ne présente aucune manifestation spéciale.

L'idiotie, les psychopathies et l'épilepsie sont très fréquentes dans les fils des tuberculeux. Et aussi, en combien de sujets hystériques l'infection tuberculeuse n'est qu'une donnée constante ?

Je me rappelle Curies-Morselli me disant, dans une de nos conversations : « La première chose qu'on doit faire à l'égard des personnes souffrantes de mal des nerfs, ou

d'une maladie mentale, est de s'assurer si la maladie dont le patient est affecté n'est pas due à une infection bacillaire ou à une maladie tuberculeuse. La tuberculose règne dans plusieurs familles de criminels. »

Par une de mes études exécutée sur un millier ou plus de criminels, je suis parvenu à déterminer que l'infection tuberculeuse s'y trouvait dans la mesure de 87 0/0. Les psychoses tuberculeuses d'origine centrale sont très fréquentes. Je me souviens d'un article du Professeur Bernheim, de Nancy, paru il y a plusieurs années sur « l'Indépendance Médicale » où l'illustre clinicien conclut de la manière suivante :

I. Durant l'écoulement d'une phtisie pulmonaire, on remarque très souvent différentes formes de psychoses.

II. Avec l'amélioration d'une lésion tuberculeuse coïncide presque toujours l'amélioration d'une certaine forme de psychose.

Le fait de se rendre coupable d'un crime est souvent subordonné à l'éventuelle présence d'une infection tuberculeuse. Dans la démence précoce, il est difficile d'établir la maladie fondamentale (folie ou tuberculose).

I. C'est pourtant certain que, dans l'autopsie des morts aliénés, la résultante des tuberculeux est plus grande et plus fréquente que celle qu'on pouvait imaginer et soupçonner quand les sujets étaient encore en vie. E. Morselli a fait à peu près 610 autopsies sur des aliénés, et dans un seul de ses groupes (114 hommes et 116 femmes qui offraient toutes les formes les plus variées de folie) a trouvé les suivants rapports tuberculeux :

I. Pleurésie ou pneumonie d'origine tuberculeuse (souvent en forme miliaire)	21
II. Tuberculose de la plèvre	7
III. Tuberculose pneumonaire infiltrée, sclérotique chronique (apicite suppurée)	18
IV. Tuberculose destructive (caverneuse) ...	10
V. Dégénération caséeuse des glandes bronchiales	6
VI. Tuberculose des glandes méséraïques ..	2
Total général	64 soit 25 0/0

La *criminalité annexe à la tuberculose.* — Plusieurs des plus fameux criminels ont été des tuberculeux. Voyons

ensemble quels sont les crimes qui ont été le plus fréquemment commis de la part des tuberculeux. Dans les crimes, les tuberculeux prédominent toujours : les crimes contre la personne physique (agressions, blessures, attentats, homicides, etc). Sont aussi très fréquents, les crimes *moraux-sexuels* (outrages à la pudeur, violence charnelle, sadisme, etc.).

Sur un nombre de 122 criminels mineurs, j'ai trouvé 84 sujets en proie à l'infection tuberculeuse.

34 d'entre les mineurs présentaient des foyers tuberculeux anciens (adénopathies, branchéobronchielles, bronchites et péribronchites tuberculaires, pleurites).

Entre environ 900 criminels majeurs, j'ai trouvé 186 affectés de maladies tuberculaires inactives et actives.

Entre 125 condamnés pour homicide, 72 avaient subi des maladies tuberculeuses, condamnés pour crimes politiques 12. Pour viol, 5 sur 17, pour agression, 7 sur 21.

Imputabilité du tuberculeux

Les centres supérieurs auto-critiques, font absolument défaut dans le malade absolu d'esprit. Tout cela suffit à démontrer que lesdits sujets ne peuvent pas avoir la conscience de la liberté de leurs propres actions, et qu'ils ne peuvent être considérés responsables de leurs actions.

Lorsque le système nerveux central (et en particulier les plus importantes roues intellectuelles) est en état d'altération anatomo-pathologique, dûe à une altération directe ou indirecte, il est possible que cet état donne lieu à telle infirmité d'esprit.

La partielle infirmité mentale peut dériver du même tableau anatomo-pathologique, mais avec des manifestations mentales moins marquées, périodiques et transitoires dont l'intensité et la durée varient et ne sont pas toujours bien manifestes et faciles à la diagnose, exigeant une recherche et une étude analytique d'un profond sens critique.

L'infirmité mentale partielle peut exister même lorsqu'il n'y a pas d'altérations cérébrales remarquables.

Et peut-on avoir quelque doute sur l'existence de la méningite et sur l'encéphalite tuberculaire ? Et comment pouvons-nous considérer normal et responsable de ses actions un méningitique (tuberculeux malade de l'encé-

phale et plus précisément des méninges ?) Nous avons tout ce qui est nécessaire pour le considérer un neuro-psychopathique aigu qui peut se lancer hors de la fenêtre et tuer des malheureux qui passent. Est-ce que ce méningitique peut être inculpé d'homicide coupable ?

Comment expliquerons-nous le fait que le tuberculeux se montre irritable, vexatoire, provocateur et criminel, même avec ceux dont il a le plus grand besoin, qui le soignent et l'aiment bien, sans admettre qu'il est devenu un anormal semi-responsable ?

Si le tuberculeux est aussi hostile avec ceux qu'il aime, il faut craindre qu'il le soit bien plus dangereusement avec les autres.

Et comme tout le monde reconnaît que l'intoxication alcoolique supprime la responsabilité et la libre volonté, pourquoi ne devrait-on pas admettre le même pour l'intoxication tuberculeuse ?

Le tuberculeux est livré à l'impulsion irrésistible du crime pendant certains moments, et non seulement par des causes externes qui le poussent, mais encore par sa prédisposition constitutionnelle.

CONCLUSIONS

I. — Admettre la responsabilité partielle pour les inculpés affectés d'intoxication tuberculeuse.

II. — Nécessité de soumettre tous les inculpés à des examens psychiatriques et physiques pour en reconnaître les éventuelles affections tuberculeuses actives ou inactives, qui puissent en provoquer la responsabilité partielle.

III. — Expiation de la peine des tuberculeux emprisonnés en traitement et en séparation dans les établissements pénaux. Opportunité de l'institution des dispensaires *anti-tuberculeux* dans les prisons.

Lorsque la peine est achevée par le tuberculeux condamné ou lorsqu'il a obtenu la diminution de la responsabilité, il serait utile de le faire traduire dans un hôpital public et le soumettre à la surveillance pénale contre les récidives qui peuvent se vérifier chez le tuberculeux qui doit être considéré comme un citoyen dangereux.

Il faut encore améliorer les établissements de peine et le régime des emprisonnés dans le but d'empêcher l'activation des affections tuberculeuses.

Cela pourrait contribuer à la lutte antituberculeuse.

Le terrain tuberculeux chez les enfants anormaux

Par le Dr G. Vermeylen (de Bruxelles)

Beaucoup d'auteurs considèrent que la tuberculose, lorsqu'on la relève dans l'ascendance ou chez les collatéraux, a peu d'importance comme cause étiologique de l'anormalité sous toutes ses formes chez l'enfant. Certains contestent même entièrement toute influence de la tuberculose à cet égard.

Tredgold déclare que la tuberculose est rarement le seul et direct facteur. Il croit qu'il faut en général incriminer l'alcoolisme qui s'y surajoute, ou qui peut être lui-même la cause de la tuberculose des descendants. Elle ne pourrait, en tous cas, donner, à elle seule, que des formes légères d'irrégularité nerveuse ou mentale. Bruce est du même avis : la tuberculose agit par un mécanisme indirect et détermine surtout des formes initiales de dégénérescence : migraines, neurasthénie, hystérie, etc.

L'importance numérique de la tuberculose parentale ou collatérale est, d'autre part, estimée de façon très variable par les auteurs. Piper trouve 23 0/0 de tuberculeux parmi les ascendants des anormaux qu'il a examinés. Shuttelworth 28,31 0/0, Potts 43,3 0/0, Kalin 56 0/0. Ley signale chez les parents des arriérés de l'Ecole Desquin à Anvers, 13,3 0/0 de cas chez le père, 8,1 0/0 chez la mère, 19,7 0/0 chez les grands-parents et 18 0/0 chez les collatéraux.

Ces statistiques sont impressionnantes par elles-mêmes et prouvent qu'on ne peut rejeter à la légère l'action dégénérative de la tuberculose. Mes statistiques du dispensaire d'hygiène mentale infantile de Bruxelles sont, à cet égard, démonstratives. Sur 800 enfants anormaux à des titres divers examinés, la tuberculose se retrouve chez les ascendants directs et collatéraux de 322 d'entre eux, soit dans la proportion de 40,2 0/0.

Elle se répartit comme suit :

Chez les parents, 176 fois, soit dans 22 0/0 des cas ;

Chez les grands-parents, 98 fois, soit dans 12,2 0/0 des cas ;
Chez les collatéraux, 48 fois, soit dans 6 0/0 des cas.

L'hérédité tuberculeuse bilatérale, enfin, est rencontrée dans 28 cas, soit 3,5 0/0 des cas.

Si nous comparons ces statistiques à celles des cas de tuberculoses dans la population générale du pays, soit 1,3 0/0, nous voyons, au moins approximativement, quelle importance a la tuberculose dans les milieux dégénératifs.

A cet égard, une statistique récente du Prof. Ley est des plus démonstratives. Il a comparé 150 enfants anormaux des écoles de la ville de Bruxelles à 150 enfants arriérés fréquentant les classes d'enseignement spécial de la même ville. Chez les enfants normaux, la tuberculose était relevée dans 38 cas chez les parents, soit 25,3 0/0, et dans 27 cas, soit 18 0/0, chez les grands-parents. Malgré cette proportion très forte, et qui montre la fréquence de la tuberculose dans les grands centres, le nombre des tuberculeux dans l'entourage des enfants anormaux est encore plus grand. La tuberculose se retrouve dans 70 cas, soit 46,6 0/0 chez les parents, et dans 44 cas, soit 29,3 0/0 chez les grands-parents de ces enfants. Mais ces constatations ne suffisent pas à elles seules. Elles ne deviendraient véritablement probantes que si on pouvait éliminer toute autre influence d'ordre psychopathique ou toxi-infectieux dans l'hérédité des enfants anormaux. C'est là chose impossible, surtout si l'on songe à la difficulté du dépistage de certaines causes héréditaires, et notamment de l'hérédo-syphilis. Il faut se contenter de croire à l'extrême fréquence des combinaisons les plus variées, les familles psychopathiques accumulant souvent comme à plaisir les influences nocives, et dans lesquelles la tuberculose joue un rôle sinon prépondérant, tout au moins important.

A cet égard, il n'est pas indifférent de rechercher les associations morbides dans l'hérédité des enfants anormaux.

Cette recherche nous permet de constater l'influence néfaste sur la descendance de l'action combinée de la tuberculose avec l'alcoolisme, et plus encore des toxi-infections alcoolique et tuberculeuse avec des troubles psychopathiques.

Sur nos 800 cas, 46 fois, soit 5,7 0/0, il y avait association de tuberculose et d'alcoolisme.

33 fois, soit 4,1 0/0, association de tuberculose et de psychopathie.

25 fois, soit 3,1 0/0, association de tuberculose, d'alcoolisme et de psychopathie.

A cause des énormes difficultés de cette recherche, l'association avec la syphilis n'a pu être démontrée que dans un cas.

De cet ensemble il ressort, en tous cas, que la tuberculose agit dans un grand nombre de cas, 105 fois sur 322, soit 32,6 0/0, comme un agent associé dont l'influence ne peut, *a priori*, être sous estimée.

D'autre part, il n'a pas été possible de déceler d'autre cause que la tuberculose dans 217 cas, soit 67,4 0/0. Force nous est ici encore, et sans méconnaître l'importance probable de causes cachées, d'y admettre tout au moins l'influence manifeste de la tuberculose.

Ce qui d'autre part est frappant dans les constatations que nous pouvons faire au Dispensaire, c'est le nombre infime d'enfants anormaux atteints eux-mêmes de tuberculose cliniquement décelable. Les examens faits à cet égard au Dispensaire antituberculeux, où nous envoyons tous les enfants qui se trouvent dans les cas précités, sont démonstratifs. Très rarement, les examens cliniques les plus minutieux, aidés d'examens radioscopiques et de cuti-réactions, donnent des résultats positifs. Parfois même l'enfant est véritablement encadré de tuberculeux, non seulement ses parents, mais également plusieurs de ses frères et sœurs, étant tuberculeux. Lui-même semble indemne, mais présente un état d'anormalité psychique qui ne se retrouve pas chez les autres et qu'on ne peut s'empêcher de rattacher à l'influence dégénérative de la tuberculose. Dans ces cas, qui sont extrêmement instructifs, il s'agit presque toujours d'anomalies assez graves, mais portant exclusivement sur le domaine du caractère : instabilité, hyperémotivité, voire même perversions instinctives graves.

Dans la plupart des cas, quoique non tuberculeux, l'enfant présente un aspect chétif et malingre qui est une preuve de plus que la tuberculose des parents, sans avoir été transmise, a néanmoins créé une infériorité biologique corrolaire aux troubles psychopathiques. Mais dans un nombre assez grand de cas pourtant, l'enfant a un aspect floride qui détonne dans son milieu. Il semble avoir été complètement épargné au point de vue physique, l'action dystrophiante de la tuberculose s'étant portée sur le côté psychique, les cas, extrêmement instructifs, montrent ce balancement entre les manifestations organiques de la maladie et ses concomittants mentaux, que rappelait l'an

dernier, dans sa communication sur « Tuberculose et démence précoce », le Dr Privat de Fortunié, et dont les exemples se montrent plus fréquemment qu'on ne le pense.

Quels sont, enfin, les effets psychiques de la tuberculose parentale pour l'enfant. Nous avons, à cet égard, distingué entre ceux qui arrivaient au Dispensaire pour un état de déficience mentale et ceux qui nous étaient présentés pour troubles plus ou moins graves du caractère.

Sur les 322 cas que nous envisageons, il y en avait 261 atteints de déficience mentale, soit 43,5 0/0 du total des cas de cette espèce. La tuberculose s'y répartit comme suit :

Chez les parents 141 fois, soit 23,5 0/0 des cas.

Chez les grands-parents 77 fois, soit 13 0/0 des cas

Chez les collatéraux 43 fois, soit 7,1 0/0 des cas.

61 cas se rapportaient à des enfants présentant des troubles du caractère, soit 30,5 0/0 des cas de cette espèce. La tuberculose s'y répartit comme suit : chez les parents, 35 fois, soit 17,5 0/0 des cas.

Chez les grands-parents, 21 fois, soit 10,5 0/0 des cas.

Chez les collatéraux 5 fois, soit 2,5 0/0 des cas.

Enfin, les associations de la tuberculose avec des troubles psychopathiques ou des toxi-infections semblent surtout nécessaires pour produire la déficience mentale où elle se retrouve dans 17,9 0/0 des cas, tandis qu'elle semble beaucoup moins nécessaire dans la production des troubles du caractère, où elle se rencontre dans 10,5 0/0. On peut dire, à cet égard, que la tuberculose parentale, lorsqu'elle agit seule, prépare surtout les troubles du caractère et les psychopathies légères de la descendance. Cette constatation est d'accord avec celles de la plupart des auteurs. Vervaeck notamment, dans une importante étude sur la tuberculose et la délinquance, en reconnaît le caractère blastotoxique et signale que le médiocre terrain constitutionnel des enfants de tuberculeux peut devenir criminogène et les porter à la délinquance, comme aux autres manifestations de l'anomalie sociale et morale. Et il relève que, dans plus de 10 0/0 des cas, les délinquants appartiennent à des familles comptant un ou plusieurs ascendants atteints de tuberculose.

Si nous essayons d'établir l'importance de la tuberculose dans la série des causes héréditaires de l'anormalité chez l'enfant, nous nous heurtons à de grandes difficultés. Tout ce

qu'on peut dire c'est que, de façon générale, l'hérédité toxi-infectieuse est plus fréquente que l'hérédité purement neuro-psychopathique. Parmi nos 800 cas, la première a été relevée 637 fois, soit dans 79,5 0/0 des cas, la seconde seulement 314 fois, soit dans 39 2 0/0 des cas. Dans 94 cas, soit 11,7 0/0, ces deux catégories de causes étaient associées. L'hérédité toxi-infectieuse est surtout prépondérante chez les jeunes déficients mentaux où elle se retrouve dans 10,1 0/0 des cas. Elle se rettrouve, avec une fréquence égale, aux causes neuro-psychopathiques, chez les jeunes psychopathes, dans 48 0/0 des cas.

Enfin, dans les deux catégories d'enfants anormaux, la tuberculose des parents et des collatéraux se retrouve, avec le maximum de fréquence parmi les causes toxi-infectieuses. Mais chez les déficients mentaux, l'alcoolisme parental, du reste fréquemment associé à la tuberculose, se relève presque aussi souvent, tandis que les enfants présentant des troubles du caractère, la fréquence comparée de la tuberculose est beaucoup plus grande et l'association est rare.

Il y aurait évidemment à évaluer l'importance de l'hérédo-syphilis, dont nous avons relevé, à ce même Congrès, toute la portée. Mais à l'inverse des autres causes parentales et héréditaires, cette dernière est difficile à dépister dans la majorité des cas et les évaluations à ce sujet gardent toujours un caractère hypothétique.

Il n'en reste pas moins que, seule ou associée, la tuberculose peut être considérée comme une cause blastotoxique importante et que son influence dans la détermination des anomalies mentales chez l'enfant doit entrer en ligne de compte parmi les autres. Elle semble pourtant ne pouvoir, à elle seule, causer des anomalies sévères et se limiter à des troubles du caractère relativement légers, comme l'instabilité, l'hyperémotivité, l'irritabilité.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONGRÈS

tenue à la Faculté de Médecine de Bordeaux

(Amphithéâtre Pitres) le 8 Avril 1931

PRÉSIDENCE : M. le Dr PACTET

président de la XXXVe session

M. PACTET, *président.* — La parole est à M. René CHARPENTIER, secrétaire permanent du Congrès.

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général permanent.* — Messieurs, mon premier devoir sera de rappeler ici la mémoire de ceux d'entre nous qui nous ont quittés pour toujours.

Henri COLIN, présida en 1923, à Besançon, la 27e session de notre Congrès. J'ai tenté d'évoquer ailleurs brièvement sa noble figure, son œuvre laborieuse et féconde (1). Lorsqu'il présida nos séances, des nuages planaient sur l'union si désirable des neurologistes et des psychiatres, comme s'il eût été possible de séparer dans l'étude des altérations du système nerveux, la psychiatrie et la neurologie. A Besançon, certains orages menaçaient, jusqu'à la vie même de notre Congrès. Mais de ces assises, où l'on étudie ses troubles, la Raison ne pouvait être bannie. Après une dure tempête, où Henri Colin fut le bon pilote, notre nef a gagné les larges horizons. Elle flotte maintenant sur des eaux tranquilles, propices à la méditation, à l'étude, à la recherche, sans souci du lendemain. Nous n'oublierons jamais ceux qui nous y ont conduits.

---

(1) René CHARPENTIER. — Henri Colin (1860-1930). *L'Encéphale* 1931, n° 2, p. 175.

Le Dr BONNET, fut en 1902, à Grenoble, secrétaire général de la session que présida Régis, dont le souvenir doit à tant de titres être évoqué ici.

André LÉRI fit, en 1907, à Lille, un rapport remarquable, aujourd'hui classique, sur le *Cerveau sénile*. Sa mort, évoquée par M. Lhermitte en termes pleins d'émotion devant la Société de Neurologie de Paris (1), fut un exemple, digne d'une vie de labeur qui laisse après elle tant de travaux intéressants.

Arthur PICHENOT fut un fidèle de nos sessions, aux côtés de Giraud, de Cullerre, de Régis, d'Arnaud, de Semelaigne, dont il était l'ami. Les fidèles, les anciens de ce Congrès se rappellent ce collègue sympathique, dévoué à ses malades de Montdevergues. Sa santé qui, dès 1907, l'obligea à une retraite prématurée, l'avait malheureusement éloigné de nos réunions.

⁂

Je dois aussi vous exprimer les regrets de quelques-uns de nos collègues empêchés d'assister à la 35e session: MM. Pierre COMBEMALE (de Lille), G. DEMAY (de Paris), A.-H. DESLOGES (de Montréal), Ch. DUBOIS (de Berne), EVENSEN (d'Oslo), O. FOREL (de Prangins), FILLASSIER (de Suresnes), GUILLAIN (de Paris), Ladislas HASKOVEC (de Prague), George-M. KLINE (de Boston), KLIPPEL (de Paris), Aug. LEY (de Bruxelles), Jacques LEY (de Bruxelles), Henry MEIGE (de Paris), E. MIRA (de Barcelone), B. RODRIGUEZ-ARIAS (de Barcelone), H. ROGER (de Marseille), SEBEK (de Prague), René SEMELAIGNE (de Paris), H. STECK (de Lausanne), TOURNAY (de Paris), Aug. WIMMER (de Copenhague).

(1) Jean LHERMITTE. — Allocution à la Société de Neurologie, le 6 novembre 1930. *Revue Neurologique*, nov. 1930, p. 524.

RAPPORT FINANCIER

I. Comptes financiers de la XXXIVe session

(Lille, 21-26 juillet 1930)

Le compte rendu financier de M. le professeur Pierre COMBEMALE, *Secrétaire général* de la XXXIVe session, s'établit ainsi :

RECETTES

218 membres adhérents à 50 fr...	10.900 »	
41 établis. hospitaliers à 50 fr...	2.050 »	14.600 »
55 membres associés à 30 fr. ...	1.650 »	
Subvention :		
du Ministre des Affaires Etrangères ...	10.000 »	
du Conseil général du département du Nord ...	3.000 »	14.000 »
de la Ville de Lille ...	1.000 »	
Exposition des produits pharmaceutiques ...	10.731 50	
Don des Laboratoires Carrion....	725 »	11.871 50
Programme spécial, bénéfice	415 »	
Intérêts bancaires ...		159 50
		40.631 »

DÉPENSES

Facture Coueslant ...	12.366 80	12.366 80
Frais de poste ...	607 10	
Frais de chèques mal domiciliés..	27 45	
Frais pour mandats internationaux	13 »	
Frais d'imprimeur à Lille	169 50	
Dactylographe séance inaugurale.	79 »	
Frais de dactylographe en ville ..	51 »	2.122 35
Couronne fleurs ...	200 »	

Affiches sur toile	49 80	
Gratifications	460 »	
Divers pour congressistes, plans, dépliants, journaux	465 50	
Soirée du Congrès	3.881 »	
Cachets des artistes pour la soirée.	1.140 25	5.021 25
Location d'automobile	523 50	
Supplément excursion à Vimy	436 »	959 50
		20.469 90
Solde créditeur viré au Compte de réserve du Congrès		20.161 10
		40.631 »

P. COMBEMALE.

Messieurs, ces chiffres parlent trop éloquemment pour qu'il soit besoin de les commenter. L'hospitalité légendaire des Flandres se traduit par un excédent de recettes de 20.161 fr. 10, versé à la Caisse de réserve de notre Association.

Nous vous proposons d'approuver ces comptes et de voter par acclamations des remerciements au professeur Pierre Combemale, dont l'activité souriante sut triompher de tous les obstacles, et à tous ceux qui l'aidèrent dans cette tâche, en particulier au professeur Raviart, qui nous reçut si agréablement à Esquermes le 22 juillet 1930. Après de dures épreuves, nous sommes heureux de le revoir vivant parmi nous, et de pouvoir lui exprimer toute notre affectueuse sympathie.

II. Caisse de Réserve du Congrès

Messieurs, la Caisse de Réserve que vous avez bien voulu me confier le 3 août 1920, à Strasbourg, en me nommant Secrétaire permanent du Congrès, possédait à cette date, en valeurs appréciées au cours du jour et en espèces, la somme de francs: 13.978,72.

Aujourd'hui, au moment où je vais la remettre au nouveau trésorier désigné par le Conseil d'Administration, elle possède francs : 195.044,57, dont voici le détail :

1° en *valeurs* au cours du 18 mars 1931 :

20 bons du Trésor 1924	14.840 fr.
2.000 fr. de rente 3 0/0	58.866 »
1.000 fr. de rente 4 0/0 1917	25.825 »
3.500 fr. de rente 4 0/0 1918	90.562 »
Total	190.093 fr.

en capital, représentant un revenu annuel de 7.000 fr. de rente.

2° Il y a lieu d'ajouter à ce capital, les *espèces* déposées en Banque, soit :

En valeurs au cours du 18 mars ..	190.093 »
En espèces déposées en banque ..	5.451 57
Total	195.544 57

Ceci représente le solde en réserve, indépendamment des sommes versées au titre de la session de Bordeaux, qui forment un compte séparé.

C'est dire qu'avec le jeu normal des intérêts, le Congrès possédera d'ici peu une réserve de 200.000 fr., qui doit lui permettre d'obtenir sans difficulté la reconnaissance d'utilité publique. Les dossiers nécessaires à cette demande sont actuellement constitués.

La Commission que vous aviez désignée à cet effet a achevé la mise au point des statuts et du règlement conformément aux votes émis le 23 juillet dernier. Ceux-ci seront publiés dès qu'ils auront été approuvés par le Conseil d'Etat, c'est-à-dire vraisemblablement dans le volume des comptes rendus de la 35ᵉ session.

ELECTION DU BUREAU DU CONGRÈS

Aux termes de l'article 12 des Statuts, le Bureau qui entrera en fonctions après la fin de cette session et jusqu'à la fin de la 36ᵉ session, comporte :

Un *Président,* qui était le vice-président de la session précédente : ce Président sera donc M. le Doyen Euzière, vice-président de la 35ᵉ session.

Un *Vice-Président*, élu par l'Assemblée générale au scrutin secret et qui sera de droit président de la 37ᵉ session.

Le Comité permanent vous propose à l'unanimité le nom de M. le professeur Guillain.

Aux termes de l'article 5 des Statuts, il va être procédé au vote au scrutin secret.

M. le prof. Guillain est élu par 54 voix sur 55 votants, vice-président pour 1931-1932. Il sera, de droit, président pour 1932-1933.

Un *Secrétaire général permanent*. J'avais pensé, Messieurs, qu'il eût été préférable de me relever de fonctions que j'occupe depuis 1920 et de les confier à un autre de nos collègues qui eût pu y apporter une activité nouvelle. Le Conseil d'Administration a été d'avis que ce changement serait peu opportun, au moment où se transforme notre Congrès. Je tiens, malgré cette décision, à déclarer que je serais heureux de remettre ces fonctions à l'un de nos collègues, si l'Assemblée générale était d'un autre avis que le Conseil d'Administration.

A l'unanimité, l'Assemblée consultée par le Président, décide qu'il n'y a pas lieu d'élire un nouveau Secrétaire général permanent.

Un *Trésorier,* choisi parmi ses membres, par le Conseil d'Administration.

Ce Trésorier sera, pour 1931-1932, M. Vignaud. En l'absence d'élection cette année, au Comité permanent, il sera désigné cette année à titre provisoire, étant entendu qu'il entrera l'an prochain au Comité permanent, où deux places seront alors vacantes.

ORGANISATION DE LA 36ᵉ SESSION

Messieurs, le 23 juillet, à Lille, vous aviez accepté à l'unanimité, la très aimable invitation de M. le Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques du Protectorat de la République française au Maroc, de tenir à Rabat, à Pâques 1932, la 36ᵉ Session du Congrès, et désigné comme Secrétaire annuel de cette 36ᵉ Session le Dʳ de Labretoigne du Mazel.

Par câble du 5 mars et par lettre du 6 mars, M. le Directeur de la Santé et de l'Hygiène publique m'a informé que, par

suite de restrictions budgétaires sévères, en rapport avec la crise économique et des catastrophes qui ont sévi au Maroc cette année, il se trouvait dans l'obligation d'ajourner à Pâques 1934, la réception prévue pour 1932.

Il nous a donc fallu vous proposer un autre siège pour la session de 1932.

⁂

Nous vous proposons de tenir à LIMOGES la 36e session.

M. le Dr CALMETTES veut bien accepter de remplir les fonctions de *Secrétaire annuel* et nous vous proposons de les lui confier par acclamations. (Adopté à l'unanimité).

Cette session coïncidera avec la cérémonie d'inauguration du buste de l'un des nôtres, le professeur Gilbert BALLET, qui fut, en 1901, le Président de notre précédente session de Limoges (XIe session).

Les *rapports* et *rapporteurs* suivants sont ensuite désignés :

1° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Le rôle et l'importance des Constitutions en psychopathologie.

Rapporteur : Dr Achille DELMAS, Médecin des Asiles publics d'aliénés, Médecin-Directeur de la Maison de Santé d'Ivry-sur-Seine (Seine).

2° RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les leucoencéphalites et autres affections diffuses de la substance blanche.

Rapporteur : Dr M. MOREAU, Assistant à l'Université de Liége, Chef du Service de Neurologie à l'Hôpital d'Ougrée-Marihaye.

3° RAPPORT D'ASSISTANCE

La protection des biens des psychopathes : le rôle actuel du Curateur à la personne, celui qu'il devrait jouer.

Rapporteur : Dr LAUZIER, Médecin-Chef de la Maison de Santé de Fitz-James (Clermont-de-l'Oise).

Il me reste, Messieurs, un bien agréable devoir à remplir. Celui de remercier le Dr D. ANGLADE qui, ancien président du Congrès, a bien voulu nous offrir spontanément d'organiser à Bordeaux, une session dont les prémices ne sont rien à côté des joies de toutes sortes qui vous attendent, pour la plus grande satisfaction, et de l'esprit, et des sens. Nous sommes ici, vous le verrez, dans une région que la Nature a choyée. M. Anglade est le magicien qui vous éblouira de ses merveilles.

Nous connaissons tous les qualités d'organisateur de ce savant, nous avons tous déjà apprécié la cordialité de son accueil. Si une vieille et affectueuse amitié ne me liait à lui depuis déjà longtemps, elle serait née de notre collaboration de cette année. Ce m'est une grande joie de constater que chacune de nos sessions vit la naissance d'une amitié solide et durable avec le Secrétaire général local que vous avez désigné.

Mais je n'aurai garde d'oublier celle à qui M. Anglade à légué des qualités d'organisation que vous avez tous admirées. A la grâce que vous lui connaissez, Mlle Germaine ANGLADE ajoute des qualités remarquables qui lui ont fait diriger sans heurts, sans accrocs, les difficiles services du Secrétariat. Que ses charmantes compagnes et elle-même soient remerciées des grands services qu'elles nous rendent chaque jour. En votre nom, j'exprime le désir qu'elles veuillent bien nous accompagner à chacune des réceptions et des excursions au succès desquelles elles ont si largement contribué. Après avoir éclairé ces austères amphithéâtres, le charme de leur sourire nous manquerait dans nos promenades.

Permettez-moi aussi de remercier nos rapporteurs de l'exactitude avec laquelle ils ont bien voulu livrer à temps leurs très intéressants manuscrits, la bonne grâce aussi avec laquelle ils ont observé l'esprit et la lettre de nos règlements.

En terminant, le Secrétaire général permanent rappelle aux membres du Congrès de bien vouloir lui adresser un mois au moins avant l'ouverture de la prochaine session, toutes les suggestions concernant le choix des sessions ultérieures, ainsi que l'indication des sujets qu'ils désireraient voir mettre à l'ordre du jour du Congrès.

M. Pactet, *président.* — Je ne voudrais pas lever la séance sans remercier M. le Dr René Charpentier d'avoir bien voulu continuer à assumer la lourde charge de Secrétaire permanent de nos Congrès. On ne saura jamais assez dire la peine qu'il se donne pour les préparer — il faut l'avoir vu à l'œuvre pour s'en rendre compte — la sollicitude qu'il apporte à en régler les moindres détails, le soin jaloux avec lequel il veille à leur réussite.

La séance est levée.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

La tradition veut que nos Congrès soient des réunions laborieuses et agréables. Cette association de labeur utile et d'agréments divers est la condition du succès. Bordeaux se devait de maintenir cette tradition féconde.

A vrai dire, il n'y a pas grand mérite à organiser un Congrès à Bordeaux. Je supposais la tâche lourde ; elle fut tout simplement agréable au Secrétaire général.

C'est que Bordeaux et la région girondine ont le sens de l'hospitalité et lorsqu'il s'est agi de l'offrir aux aliénistes et aux neurologistes de France, des Pays de Langue française, et d'ailleurs, ce fut à qui s'y emploierait le mieux, à la Préfecture de la Gironde, au Conseil Général, à l'Hôtel de Ville, à la Chambre de Commerce, au Port Autonome, à l'Union des Propriétaires et Négociants, aux Syndicats d'Initiative, à la Faculté de Médecine, aux Asiles publics autonomes de Cadillac, de Château-Picon, etc. Pour être persuasif, il a suffi d'évoquer le souvenir de l'accueil fait à ce même Congrès, non seulement dans les diverses régions de la France, mais aussi à Genève, à Bruxelles, à Liége, à Anvers, à Barcelone. Et tous les concours ont surgi pour ainsi dire spontanément, accompagnés de paroles aimables et encourageantes dont le souvenir demeurera ineffaçable dans l'esprit de celui qui eut l'agréable mission de les susciter.

Ceci dit, le lecteur me saura gré de placer ici, sans lui en avoir demandé la permission, ni à « l'Aliéniste français » qui les a publiées, les impressions du Dr Courbon sur cette partie du programme. Je les transcris intégralement, sans même supprimer les paroles trop élogieuses qui s'adressent au Secrétaire général et à ses collaborateurs, paroles suspectes de s'inspirer d'une sympathie trop vive pour ceux auxquels elles s'adressent et sur lesquelles je fais des réserves.

« Le XXXVe Congrès dont M. Pactet fut le Président et M. Anglade père le Secrétaire général, eut, en territoire bordelais, un fastueux déroulement. Le ciel le plus ensoleillé ne

cessa de planer, justifiant la réputation qu'Ausone fit à sa patrie de posséder les plus beaux printemps. »

Réceptions par la municipalité au foyer du Grand Théâtre et par la Chambre de Commerce à la Bourse, visite des chais et du port : banquets et excursions à Cadillac et à Château-Picon offerts par la Commission administrative des Asiles de la Gironde ; dégustation dans les principaux clos du Sauternais, du Saint-Emilionais, du Haut-Brion et à la source des Abatilles; soirée au Grand-Hôtel, navigation sur le bassin d'Arcachon se succédèrent sans rien écorner des travaux prévus. Cela, grâce au génie d'organisation du Secrétaire général, ainsi qu'au zèle intelligent de ses charmantes filles, de son fils, le brillant rapporteur de la question psychiatrique et de leur mère. Il faut ajouter les gastronomiques invitations que chacun reçut de ses amis loçaux.

Avec une résignation gracieusement souriante, le président M. Pactet toléra les épines que tout couronnement honorifique enfonce aux tempes de l'être modeste à qui son mérite l'impose. Elle avait donc été très judicieuse la malice que lui joua, à Barcelone, notre toujours infaillible secrétaire permanent René Charpentier, en proposant sa présidence aux suffrages de l'Assemblée, puisqu'il s'acquitta de cette délicate corvée, avec la plus exemplaire opportunité et le plus grand succès.

Bordeaux. — De part et d'autre du croissant mouvant de la Garonne, elle étend la rigide grisaille de ses ailes. La droite, moins étendue, se rebrousse contre une colline verdoyante. La gauche se déploie jusqu'au moutonnement indistinct des Landes et vignobles. Deux minces fuselages les relient, l'un de pierre, le pont public à 17 arches, toujours encombré de passants et de convois ; l'autre de métal, le pont privé du chemin de fer dont le couloir grillagé retentit de fracas au passage des trains.

De cette vaste surcave montent des flèches ajourées, des mâts pointus, des colonnes surmontées de statues ou de globes, ayant pour piédestal, les unes des églises à vitraux, les autres des paquebots à ronde cheminée, les troisièmes des soubassements taillés de figures ou plaqués de rostres.

Des portes à poivrières ou à entablement jalonnent le trajet des remparts que renversa la poussée centrifuge des nouveaux quartiers. Débordée, depuis plus d'un siècle, toutes ont l'allure ornementale des arcs de triomphe. Mais l'exubérance qui

les enserre n'a rien de désordonné. Les rues mêmes étroites et anciennes sont presque toujours rectilignes comme celle de Sainte-Catherine. Les avenues les plus vastes : le Chapeau-Rouge, l'Intendance, les Allées de Tourny ne sont d'ailleurs pas toujours les plus récentes. Une équitable distribution de l'espace entre la nature et l'homme ménage des esplanades, des parcs et des jardins pour les fleurs, les plantes et les eaux, au cœur même de l'agglomération urbaine.

Le vieux port, malgré la poussière de ses charrois, est d'une netteté qui le prive de pittoresque. Au bord de l'eau sont les dalles où s'empilent en files méthodiques les chargements. Plus en retrait courent les rails du tramway et des wagons de marchandises. Plus en dehors, une chaussée trop large pour les camions et les autos laisse une marge vide jusqu'aux maisons. Celles-ci, même sordides, sont toujours solidement campées, toujours régulières : jamais de balcon exubérant, jamais d'appentis branlant, très peu de linge aux fenêtres, rarement un carreau cassé. Même sous la crasse, leur correction vers le fleuve est celle d'habitations bourgeoises, elles n'ont rien de la fantaisie pittoresque que l'on attend des demeures de marins méridionaux.

La noble sévérité de la Bourse et de la Douane sur l'hémicycle qui agrandit le quai n'inspire guère la flânerie devant les arcades à refends de leur rez-de-chaussée et les colonnes antiques de leurs étages.

Ainsi persiste encore, en dépit de l'accroissement de sa population, l'impression d'être trop grande pour le nombre de ses habitants que donne à l'étranger la quatrième ville de France.

Portiques, frontons, balustres dispersés avec goût par Gabriel ou par Louis décorent maints autres monuments. Une atmosphère de solennité et de grâce rayonne de la Préfecture, de l'Hôtel de Ville, et de nombreux hôtels particuliers. Elle explique l'audacieuse protestation que ceux qui assistèrent à ces constructions élevèrent contre l'hégémonie parisienne, et la mission donnée par eux, aux Girondins conventionnels, de refuser à la République le droit de choisir une capitale.

La Faculté de Médecine fut le siège des séances de travail. Une statue féminine représente dans son avant-cour la beauté des réalités qui se montrent derrière l'apparence au travailleur. Le soulèvement de la robe qui dégage ce joli corps par en bas, est d'une langueur si mutine que la vocation scientifique doit naître dans les sens de tout adolescent qui le

voit. Ce n'est pas le symbole d'une abstraction ; c'est la concrète représentation de la tentation. Si dans l'œuvre de Barrias, c'est vraiment la nature qui se dévoile devant la science à la Faculté de Médecine de Paris, dans celle de la Faculté de Bordeaux, c'est la volupté qui se trousse devant le savant.

Ainsi, dès les confins de la Gascogne, le labeur intellectuel se pare des légers attraits du plaisir. Ausone, licencieux écrivain et probe savant, nous l'avait appris déjà : *Lasciva est nobis pagina : vita proba.*

Le Grand Théâtre mérite sa glorieuse réputation. Sur la balustrade qui règne au-dessus de sa longue colonnade, douze blanches statues se dressent en gesticulant. Derrière elle, l'attique se couronne d'un bandeau balustré qui enserre la base sombre des combles.

Plus bel encore est l'intérieur. Le vestibule carré, appuie le marbre de son escalier en T contre un mur discrètement gravé de deux pilastres et d'un fronton ; chacun de ses trois autres côtés forme une arcade au rez-de-chaussée, et au-dessus une vaste baie à rampe de pierre ajourée qui s'élargit en palier. La salle du public est un cercle parfait qui s'échancre devant la scène et dont le rouge pourtour est coupé de haut en bas par des couples d'immenses colonnes d'or, esquissant entre eux des corbeilles superposées pour les spectateurs.

La cathédrale gothique a la fantaisie de plaquer sa flamboyante façade et ses clochers au milieu de son flanc septentrional. Fière de son prélat Bertrand de Got qui devint le pape Clément V, elle expose sous ce porche la majesté épiscopale par six figures semblablement correctes et froides. Tout auprès, sa Porte Royale paraît cacher les images, bien plus émouvantes et d'un siècle plus vieilles, d'apôtres, d'anges et de saints, hélas mutilés.

Sainte-Croix la romane affiche, entre deux basses tours, son origine poitevine : pomme de pin au pignon, cavalier combattant sur une porte, absence de tympan au portail, arcatures superposées le long du mur. Rinceaux, grecques, torsades s'enlacent au cintre des voussures. Un monde de menus personnages aux attitudes plus qu'équivoques amusent ou scandalisent le curieux suivant la qualité de son imagination. Une femme aux appâts de laquelle sont appendus des serpents comme au célèbre porche de Moissac ; un sujet qui gri-

mace avec la coupe en main ; un autre qui tient une bourse ; un groupe dont la nudité imprécise, mais peu engageante, se reproduit en diverses postures : un groupe de hâleurs. Et voilà, dit-on, la luxure, la gourmandise, l'avarice, la tentation, enfin l'effort rédempteur.

Bien d'autres édifices de toutes les époques jusqu'aux ruines gallo-romaines de l'amphithéâtre Gallien attestent la continuité artistique du passé. De leur visite se dégagent deux caractères essentiellement locaux, l'un d'ordre architectural, l'autre d'ordre sociologique et moral.

Le premier est la juxtaposition comme à Florence, Venise et Pise d'un campanile à quelques mètres de l'église ; la tour Pey-Berland et la Tour Saint-Michel. Il indique sur l'Aquitaine une influence de l'Italie au Moyen Age plus grande qu'on ne l'aurait cru.

Le second est l'exhibition, sans convenance, des momies de Saint-Michel, plus espagnole par sa crudité que française. Ces cadavres trouvés intacts, mais desséchés dans la terre d'un cimetière désaffecté ont été transportés tels quels dans la rotonde souterraine de la tour. On les y a plantés debouts et nus le long du mur circulaire. Les visiteurs défilent devant eux à la lueur vacillante d'une bougie tenue par la gardienne de l'antre funèbre. Celle-ci, dans sa scrupuleuse sincérité, n'avance aucune explication sur l'agonie des trépassés qu'elle ne la démontre du geste, tirant la langue de l'un, soulevant la paupière de l'autre, tambourinant le ventre de celui-ci, soupesant la mamelle de celle-là. Chaque mouvement précipite dans l'ombre ou hisse à la lumière ces immobiles figurants. C'est une ronde macabre réellement dansée. Et, coïncidence bizarre, les transis qui la mènent vivaient pour la plupart vers la fin du xve siècle alors que la danse des morts était le thème favori des sculpteurs et des peintres.

L'art et la science d'aujourd'hui plus électriques trouvent chaque jour de nouveaux palais où s'abriter. Facultés, écoles, musées perpétuent la renommée du collège de Guyenne où Montaigne se vantait d'avoir étudié. Partout, cette métropole du commerce du vin rend hommage à la culture de l'esprit. Et tandis que Munich trimballe de tous côtés ses tonneaux par monceaux sur d'immenses camions, Bordeaux cantonne la promenade des siens entre le port, les gares et les chais.

D'ailleurs, le souci de la tenue, l'effort vers l'ordre tempè-

rent partout la vivacité des réactions ; c'est là peut-être l'héritage des siècles de la colonisation britannique.

Aux vitrines des magasins, sur la toilette des promeneurs, à la terrasse des cafés, aux marques des autos s'affichent le confort et l'opulence.

Les femmes ont l'élégance luxueuse et le prompt langage que par dépit de n'avoir su leur plaire, Martial reprochait à leurs aïeules, déclarant laisser aux lourds Bordelais les femmes qui exigent toujours de grandes sommes et qui tiennent toujours de grands discours. Elles ont gardé la fougue séduisante de l'ardente Eléonore qui se croisa pour la Terre sainte, divorça en France, se remaria en Angleterre, tourna les têtes, attira les cœurs et mourut en pénitente d'un couvent ayant causé la guerre qui devait durer cent ans. Sur presque toutes on retrouve la démarche alerte et vive, la taille souple et cambrée, les grands yeux noirs qui firent rêver Théophile Gautier.

Au total, ville cossue et belle, gaie et sérieuse, beaucoup moins étincelante, moins pittoresque et moins amusante que Marseille, mais infiniment plus raffinée et plus sûre. Telle apparaît Bordeaux.

Le Port-de-Lune. — Au delà du croissant de la Garonne qui lui valut ce nom dans l'ancien temps, le port bordelais s'est étendu. Un bateau, vers le déclin du jour, nous emporta de l'embarcadère de Richelieu pendant quelques kilomètres et nous ramena sans escale.

Après la trouée de l'Esplanade encadrée de ses arbres en quinconces, et la majestueuse descente de ses degrés entre deux colonnes rostrales, c'est la monotonie des chantiers maritimes qui endigue le cours des flots, des flancs de hauts navires et des poupes de petits bateaux amarrés ; derrière leur balancement, les charpentes métalliques de grues et de portiques piquant ou barrant l'air, laissant pendre des trompes suceuses, soulevant fardeaux, déroulant des chaînes, jalonnant une bordure sans fin de baraquements sans beauté, parfois, l'incisure d'un bassin de radoub ou à flots. A gauche, les chais des Chartrons, puis à Bacalan, les grands paquebots de l'Amérique du Sud, ensuite des appontements. A droite, depuis la Bastide et plus loin que Bassens, c'est la même répétition : bâtiments de marchandises mâchurés, fringants vaisseaux de guerre porte-avions, hangars et ateliers se succèdent

sans autre interruption que celle du rocher et des ombrages de Lormont. Oasis de plaisance au milieu des usines et des casernes qui couvrent la rive ou flottent sur le fleuve, le gracieux hameau tend la draperie de ses arbres contre la colline, et berce ses canots sur l'eau. »

La soirée du Congrès. — Ici, le Secrétaire général doit combler une lacune du brillant chroniqueur. Sans doute le Dr Courbon ne fut-il pas des nôtres à la soirée du 8 avril, à l'Hôtel de Bordeaux. Avec son optimisme habituel, il n'aurait pas manqué de dire qu'elle se déroula dans une atmosphère d'élégante intimité. A son succès, collaborèrent non seulement les familles des congressistes, mais aussi celles d'une élite bordelaise toutes joyeuses de s'associer aux délassements du Congrès et de le fêter. Il y eut aussi le concours du talent chorégraphique de Mary Pierozzi, première danseuse étoile de l'Opéra de Paris, Bordelaise d'origine et de cœur ; de la Société de Guyenne et Gascogne (Lous Reoulès), vigilante gardienne de la tradition locale dans ce qu'elle a de plus joli.

Et le Dr Courbon continue :

« **Les Landes.** — Leurs ondulations moutonnantes venues de l'Océan et des plus lointaines Pyrénées cernent le sud de Bordeaux. Le voyageur dont aucun chant de la vie intérieure n'est assez fort pour déssiller les yeux, ne distingue pas leur changeante harmonie. Il les traverse en trombe, penché au volant, blasphémant ce qu'il ne sait pas voir.

Par temps calme, quand le soleil accroche à leurs vertes aiguilles l'écheveau de ses fils d'or, c'est une sérénité païenne qui tombe des hachures de leur feuillage. Dans l'ombre claire des allées, les fûts se dressent gris, nets et rugueux, portant la rituelle entaille du culte de la résine. La broussailleuse végétation des clairières pique des corolles rouges, bleues et jaunes, balance d'achnéens filets, égoutte de cristallines larmes. Des cassures de ciel gisent dans les étangs, parmi les roseaux. Un bourdonnement parfumé plane sur cette immensité faite du sable de la mer et des arbres de la montagne.

Quand le vent roule de noirs nuages, une agitation mystique convulse la forêt. Les cimes entre-choquent leurs épines ; l'aubier des pins décortiqués saigne sous la flagellation des genêts ; l'ajonc darde ses clous ; les halliers ténébreux mugissent. C'est la passion de la nature qui s'accomplit.

Mais sans nulle saute du temps, au cours d'une paisible marche à pied, le paysage n'est jamais le même. L'aspect des peuplements varie suivant leurs âges. La coloration des reflets ne cesse de changer dans la flaque des fossés. Un attelage de mules dont les souples encolures divergent du carcan jugal qui les unit : un gemmeur taillant les quarres sur les troncs ; des bûcherons chargeant des grumes ; quelquefois une chaumine fumant, avec sur un arbre voisin, hors des atteintes du renard, la guérite d'un poulailler au bout d'une échelle ; dix autres suggestives rencontres viennent enrichir d'anecdotes la promenade d'une heure.

Le château de la Brede. — Son enclos trace dans la brûlante campagne une tâche de verdure et de fraîcheur normandes.

Au milieu d'une pelouse drue et à peine dénivelée dont le sépare un bassin en éventail, le château de Montesquieu se ramasse en un bloc à six pans. Les hauts murs d'ocre rougissent l'eau, immergeant très bas ses fenêtres, plus bas encore ses machicoulis, au fond enfin l'ardoise de ses toits. Ses fenêtres rares, mais larges, les combles de sa chapelle, lui donnent, malgré sa tour ronde et son donjon carré, l'aspect d'un prieuré plus que d'une forteresse. A distance de superbes marronniers élèvent un paravent somptueux de feuillage qui le protège sans l'étouffer.

Le seuil n'en fut pas franchi. Mais le calme, la lucidité, l'agrément propices aux studieux loisirs habitent ce séjour. S'y arrêter un instant, c'est sentir la vérité du portrait que fit de soi-même, l'illustre penseur qui y vécut : « L'étude a été pour moi le souverain remède contre les dégouts de la vie, n'ayant jamais eu de chagrin qu'une heure de lecture n'ait dissipé. Je m'éveille le matin avec une joie secrète de voir la lumière, je vois la lumière avec une espèce de ravissement, et tout le reste du jour je suis content. Je passe la nuit sans m'éveiller et le soir quand je vais au lit, une espèce d'engourdissement m'empêche de faire des réflexions. »

Le Sauternais. — Des côteaux torrides et sans ombre, se succédant sans fin, portant d'une plaine à l'autre les stries innombrables d'une courte vigne, coupant entre elles les banderolles poudreuses de routes aveuglantes piquant sur les sommets des castels empanachés de branchages touffus, voilà le pays de Sauternes.

C'est dans ces résidences de la féodalité vigneronne au château Guiraud, propriété de notre confrère Maxwell, au château Yquem, palais du grand suzerain, dans d'autres encore que l'on nous transporte. Chaque feudataire nous accueillit avec la même affabilité ; mais le nectar qu'il nous tendit, quoique partout excellent, ne ressembla jamais à un autre.

Les experts dégustateurs d'entre nous se mirent en devoir d'humilier les ignorants dont j'étais, en montrant leur talent. Mais la fierté de M. Jourdain gonfla immédiatement ceux-ci, car ils eurent la révélation que sachant se gargariser depuis longtemps, ils savaient presque déjà déguster, avant de l'avoir appris.

L'application qu'ils mirent aussitôt à prouver leur capacité sans dégouter l'entourage, à faire d'une joue à l'autre avec le liquide des interversions analogues à celles des « beaux yeux » et du « mourir d'amour » dans la déclaration à la marquise, les priva de voir autre chose que la cave du logis, sa cour délicieusement ombragée, la margelle sculptée d'un puits, l'agreste portique d'un lierre.

Ils partirent de ces châteaux, moins savants en œnologie qu'ils ne se l'imaginaient sans doute, mais ayant appris tout au moins que se rincer la dalle n'est pas une métaphore.

Cadillac. — C'est une gentille bourgade de la rive droite de la Garonne, capitale du verger de la Bénauge. Le fleuve y coule profond, large et rapide entre des berges herbues, sous la cage métallique d'un port aussi imposant que celui du chemin de fer à Bordeaux.

Quelques remparts lui gardent l'allure fortifiée d'antan. Et des fortes têtes de fillettes sont gardées dans l'ancien château ducal des Epernon, devenu Maison de correction. Son asile vieillot et modeste n'a pas encore tout le confort architectural d'un établissement moderne. Mais la douceur du climat supplée aux imperfections du logement. Les malades y jouissent, comme les villageois d'à côté, de la vie au grand air, et d'une plantureuse nourriture travaillant quand ils le peuvent à la culture des vignes, des pruniers et des pêchers d'alentour.

Par une chaleur estivale, sous les halles de la commune, le banquet fut servi avec toute la lenteur requise pour l'absorption des 17 crus de Sauternes voués à la soif des convives. Entre les plats, les professeurs bénévoles enseignaient la science de la vendange et l'art de la boisson, expliquant qu'une

grappe se cueille en plusieurs jours, selon la maturité de ses grains, que chaque heure de la journée parfume de son arôme le raisin qui lui est arraché, que boire, c'est autant regarder, aspirer et goûter qu'avaler. A chaque bouchée, des apologistes vantaient l'innocence et les vertus du jus fermenté de la treille.

Tant de louanges, et si grossières, excédèrent celui qui en était l'objet. Il se fâcha, mais avec clémence. Pour prouver sa différence avec l'eau, le vin au lever de table fit zigzaguer quelques jambes, terrassa même quelques corps, mais ne troubla aucun cerveau. Les victimes ne furent atteintes que l'espace d'un éclair et achevèrent le congrès plus vaillantes qu'en y venant.



Là s'arrête la chronique des faits auxquels assista celui qui l'écrit (1). »

C'est vraiment dommage, d'abord parce que cela signifie que le docteur Courbon et sa compagne si aimable nous quittèrent avant la fin du Congrès au grand regret de tous, ensuite parce que notre distingué Collègue est un chroniqueur brillant qu'on n'aime pas voir interrompre sa chronique. »

Heureusement, le docteur P. Beaussart en a pris la suite, jugez avec quel talent :

« La quatrième journée du Congrès peut dignement s'inscrire aux fastes de la XXXVe session. Après un exposé et une discussion ou avaient jonglé la simulation de la simulation à la dissimulation de la sursimilation, et toutes les formes possibles de la sincérité et du mensonge de la vie intérieure », la montée au secteur de St-Emilion s'est effectuée avec entrain et assez de cohésion ; on peut dire que ce retour à la « vérité de la vie extérieure » a été une des inspirations les plus heureuses du magistral organisateur qui régissait les destinées des manifestations psychiatriques bordelaises. Ce fut, à St-Emilion, le régal des sens et de l'esprit, sous les auspices, et à la faveur des nectars, savamment dispensés. L'ordonnance culinaire avait été volontairement conçue pour s'allier harmonieusement avec une dégustation qui ne comportait pas moins de 32 variétés de crus, rivalisant à qui mieux mieux. Le Sauternais, la

---

(1) Dr Paul Courbon. — *L'Aliéniste Français*, juin 1931, n° 6, p. 199.

veille, à Cadillac, ayant confirmé ses quartiers de noblesse. Le St-Emilionnais n'en voulait pas moins être à l'honneur, et il le fut. Un exposé, en trois points, fait aux temps propices du repas, nous a précisé que l'art de savourer le vin se double d'une science. Et comment, après l'accomplissement de ce sacrifice, ne point reconnaître, qu'Ausone avait toutes les raisons plausibles de se complaire en cet Eden.

La nature ne le dispute qu'aux prestigieuses efflorescences de l'art, en ce gîte que rien n'appelle, de loin, à l'attention, à moins que le hasard ne vous y mène, ou qu'on en soit prévenu. Saint-Emilion, à le côtoyer par le nord, à quelque distance, sur le plateau, ne ressemble à rien moins qu'à une de ces agglomérations banales, éparpillées dans la monotonie des vignes. A l'aborder, par le sud, il en va différemment. C'est brusquement, au détour de la route, l'épanouissement de la cité, blottie au fond du cirque calcaire, agrippée aux escarpements, et déployée en demi-cercle sur le rebord supérieur de la falaise.

Le regard, aussitôt, ne sait plus où se poser, tant il est sollicité par la diversité et l'enchevêtrement des lignes tumultueuses et des vestiges du passé, qu'ils soient d'ordre militaire, ou d'essence religieuse..... »

Je m'excuse auprès des lecteurs de ne pouvoir reproduire ici, intégralement, la description si vivante, si imagée, si documentée de St-Emilion tel que l'a vu Beaussart. Vision du passé inspirée, n'en doutez pas, des meilleurs produits du sol, ce qui plaide en faveur de leur vertu évocatrice.

Je conseille à ceux qui ne l'ont pas fait, de lire, dans *l'Aliéniste français,* les impressions de Beaussart sur les vestiges du système de défense de la Ville, sur ses « vieux logis, la Commanderie, la Maison des Templiers, l'Eglise des Cordeliers, celle des « Dominicans », la « Chapelle de la Madeleine ».

Mais je ne résiste pas au plaisir de transcrire ce qui a trait à la « Collégiale et à l'Eglise monolithe », les deux curiosités archéologiques de St-Emilion :

« La collégiale ne garde plus, de son plan primitif, que la nef et le bas du clocher-porche. Il serait inutile d'insister, outre mesure, sur les adjonctions et transformations des : XIIIe siècle (transept à deux travées, et chœur) ; début du XIVe siècle (bas-côtés du chœur, arcatures des bas-côtés du transept et beau portail nord) ; XVe siècle (piliers centraux du transept, abside et chapelle sud) ; XVIe siècle (chapelle nord). Ce qui est frappé au coin de l'originalité, c'est la nef avec son système

de voûtement, car là, se pose l'intéressant problème de la couverture par une série de coupoles.

Les églises, à nef unique, sans bas-côtés, sont abondantes en Aquitaine, du Poitou au Bordelais, au XIe siècle. Ce goût très nettement défini, pour un genre de plan susceptible d'engendrer de vastes espaces libres, se retrouvera précisément dans les églises à coupoles. Tant que la voûte ne fut pas employée pour couvrir les édifices, les constructeurs pouvaient s'offrir le luxe d'élever des nefs très larges, car ils ne devaient compter qu'avec la portée des entraits de la charpente. Mais lorsque les progrès de l'art architectural, et aussi les nécessités de lutter contre les incendies, eurent permis d'envisager la voûte comme une règle, les édificateurs des régions où prédominait la nef unique et évasée, se trouvèrent en face de problèmes fort compliqués. L'impossibilité de monter des berceaux longitudinaux, en plein cintre ou brisés, du fait de l'écrasement inévitable auquel ils auraient été voués, n'a pas eu d'autre résultat que de faire adopter la seule formule de recouvrement qui ne poussât pas au vide, latéralement, c'est-à-dire la coupole sur pendentifs.

C'est donc la tradition de la nef unique qui a érigé la floraison d'une mode aussi originale de structure, à l'époque romane, il s'entend. La perspective de la file de coupoles, il faut le reconnaître, a fort belle allure ; l'impression de grandeur et de profondeur qui s'en dégage pouvait exciter l'imagination des bâtisseurs d'alors. Ces églises, au nombre d'une soixantaine environ, dont la moitié, à peu près, pour le Périgord, s'échelonnent le long de l'antique voie romaine qui, de Cahors, gagnait Saintes, par Périgueux et Angoulême. Dans les plus anciennes, élevées entre 1100 et 1130, à Cahors, Souillac, St-Etienne, Périgueux..., les coupoles reposent sur de grands arcs, larges, massifs, puissants, non ornementés. Dans les plus récentes, de 1130 à 1160, elles sont soutenues par des arcades plus mièvres, plus refouillées, retombant sur des colonnes ou des pilastres.

C'est en Orient, cela ne fait aucun doute, en Arménie, à Chypre, que les constructeurs pélerinant ont puisé l'idée de la coupole, l'idée mais non la technique, il convient de le préciser, car, du point de vue constructif, les coupoles françaises ne sont nullement une copie directe des autres.

Il est aisé de comprendre que si la voûte en berceau longitunal pousse au vide, à l'endroit de ses retombées sur les murs

latéraux, qui, de ce fait, demandent à être puissamment constitués, il n'en va plus de même avec la coupole, dont les forces de pesanteur et de pression se répartisseent sur les quatre piles d'angles ; ce qui importe, en l'occurence, c'est que celles-ci soient trapues ; et, dès lors, les murs latéraux ne deviennent plus qu'une modeste cloison de fermeture, sans rôle portant.

La nef de St-Emilion, à ce propos, rend les archéologues assez perplexes. Elle comprend trois travées, dont deux voûtées, au XIIe siècle, de coupoles à pendentifs, et une, voûtée sur croisée d'ogives, au début du XIIIe siècle. Les arcs d'encadrement de ces pendentifs, assez frêles, retombent sur une simple colonne, un peu à la manière du procédé employé à un stade d'évolution avancé dans le XIIe siècle.

Primitivement, il y aurait eu trois coupoles, dont une supprimée postérieurement : telle est, à un examen extemporané, la conclusion à laquelle on aboutit. Et cependant, à serrer de plus près la question, il apparaît qu'avec l'épaisseur constante et inusitée des murs latéraux, l'absence de piles appropriées, la nef ait été, dès lors, recouverte d'un berceau renforcé de doubleaux transversaux, lesquels ont été conservés, dans l'édification consécutive des coupoles ; et cette hypothèse est d'autant plus admissible que, dans le porche voisin, une voûte de bien moins grande importance, contemporaine de la construction première, est puissamment soutenue. Pourquoi les mêmes architectes se seraient-ils montrés, à la fois, si peu téméraires et si hardis ? Les coupoles de la nef apparaissent donc comme très reculées dans le XIIe siècle. Que dire du clocher-porche, assez modifié, si ce n'est que sa façade a été conçue dans les données classiques de l'Angoumois. Un cloître du XIVe siècle, qui rappelle celui des Cordeliers, occupe le côté méridional de l'église, et j'en ai ainsi fini avec le moins qu'on puisse dire de la Collégiale.

Non loin de là, un clocher carré, élancé, à trois étages, de la seconde moitié du XIIe siècle, et surmonté d'une flèche en pierre du XVe siècle, se dresse, solitaire, sur un promontoire du plateau, dominant le centre de la ville. On cherche en vain l'édifice religieux auquel il pouvait appartenir ; aucune trace ne laisse supposer qu'il ait jamais pu en exister un. A peine satisfaite d'admirer, de là, le déploiement des lignes heurtées qui accrochent, à l'envie, toute une débauche de luminosités variées, notre curiosité en éveil nous entraîne dans le dédale

des venelles, et vous amène bientôt à une très provinciale petite place, précisément au pied du roc de tout à l'heure, et, alors le mystère d'il y a quelques instants commence à s'éclaircir. Un portail sculpté, comme ils savent l'être du XIIIe siècle, et trois fenêtres à remplages, du XVe siècle, se juxtaposent de front, sur une avancée de calcaire formant rez-de-chaussée au pied de la falaise du plateau ; celle-ci, en retrait, et à pic, est elle-même percée de trois baies d'un étage : l'église monolithe est là, semblant garder jalousement son secret, n'était son clocher, appelé, par l'intrigue qu'il crée, à singulièrement compromettre la modestie dans laquelle elle affecte de se complaire.

Qu'est-ce au juste, que cette église, archéologiquement dénommée « monolithe » alors qu'il ne s'agit pas d'excavations creusées à même le tuf ? On sait que, depuis les temps les plus reculés, les hommes ont recherché le mystère des cavernes et des galeries souterraines pour y célébrer les cérémonies de différents cultes ou les pratiques plus ou moins rattachables à la sorcellerie.

A l'époque préhistorique, ils ont gravé ou peint, sur les parois de grottes, des animaux et des signes que semblent mettre encore en usage certaines peuplades sauvages. La région est riche de ces sortes de souvenirs, nous le savons. Les Eyzies sont là, à une portée de pas, avec la fresque en relief des chevaux galopants du Cap-Blanc (découverte, soit dit en passant, vers 1909, par notre collègue bordelais Lalanne) et les peintures à l'ocre rouge et au manganèse, de toute la série des bisons, antilopes, rennes..., de Font-de-Gaume, pour ne citer que les richesses les plus marquantes. Ces productions avaient une portée rituelle.

L'église monolithe, ou plutôt les églises monolithes (car il en existe deux autres, non loin de là, un peu plus au nord, dans la Charente, à Gurat, et Aubeterre) ont, elles, un caractère, qui leur est particulier. Elles ont été creusées, ni pour imprimer aux cérémonies religieuses un caractère mystérieux, ni pour en cacher la vue aux profanes, ni pour servir d'asile aux fidèles, comme les oratoires des catacombes romaines. D'ailleurs, elles ne datent pas de l'ère où les pratiquants traqués avaient besoin de se protéger ; elles sont, tout au plus, de l'extrême fin du XIe siècle, ou mieux du début du XIIe siècle. Bien qu'elles aient, dans certaines portions de leurs dépendances, contenu des tombeaux abrités dans des niches, le long des parois, suivant la coutume du Moyen Age, elles n'ont été ni des monuments

funéraires, ni des cryptes, mais de simples édifices destinés au culte, au même titre que les églises bâties en surface. La disposition de leur plan, l'imitation de formes nécessitées, ailleurs, par les procédés de construction à l'air libre, telle que, par exemple, la taille des voûtes en berceau, sans qu'il y ait aucune nécessité de le faire, prouvent que ce ne sont ni cavernes naturelles, ni antiques carrières appropriées à un usage cultuel. Ce sont de véritables églises creusées intentionnellement dans le roc, avec des réserves pour piliers, supports, cloisons séparations reliquaires... Les populations de l'Angoumois, du Périgord et de la partie attenante du Bordelais, ayant de tout temps, profité de la roche calcaire des côteaux, facile à travailler, pour y creuser des demeures, les églises monolithes ont procédé du même principe et n'ont correspondu, en somme, qu'à des manières de faire et à des usages locaux.

Tout l'intérêt de ces œuvres, résidant dans leur origine, il suffira de savoir, rapidement, que celle de St-Emilion s'enfonce à une quarantaine de mètres dans le plateau, qu'elle a une vingtaine de mètres de largeur, et autant de hauteur, et qu'elle comprend huit piles rectangulaires qui divisent l'espace en trois nefs de cinq travées. Trois chapelles juxtaposées gitent dans cette avancée du rez-de-chaussée, déjà signalée et obtenue, elle-même, par abrasion de la falaise surplombante. Le portail du XIII[e] siècle commande un couloir latéral destiné à desservir le bas-côté gauche ; il est creusé d'enfeux funéraires et donne accès dans une dépendance souterraine que nous allons retrouver dans un instant. La décoration intérieure est d'une sobriété marquante. Au fond de la nef centrale, un bas-relief représente une figure drapée jouant d'un instrument à corde, et un homme luttant contre un monstre polycéphale. Dans la partie médiane de cette même nef, deux signes du zodiaque ; sur un pilier, le sagittaire et le capricorne ; à la voûte, deux séraphins, et c'est tout. Un trou percé dans cette voûte, correspond avec l'axe du clocher extérieur, lui ôtant ainsi son splendide isolement.

Hors de l'église, la place se pare, en outre, d'une délicieuse petite abside qui déploie la série de ses pans contrebutés de colonnes, à la manière des absidioles rayonnantes de maintes abbatiales du type clunisien. Une conception du meilleur effet, a fait s'allier, gracieusement, la décoration gothique commençant avec un ensemble du meilleur roman. Sous cette chapelle de la Trinité se ramasse la grotte de St-Emilion avec le miroir d'une source limpide.

A quelques mètres de là, sur le flanc de l'église monolithe, le roc a donné place à d'autres excavations, auxquelles on aboutissait, jadis, par un passage déjà signalé dans le couloir du portail. Galeries et chambres irrégulières, de plan et de taille, creusées d'enfeux étagés, étaient de véritables catacombes funéraires. A un moment, la voûte de la pièce principale se trouve évidée en manière d'entonnoir renversé dont le conduit monte, haut, dans l'obscurité. Cette « oubliette » n'est autre qu'un dégagement pratiqué, beaucoup plus tard, pour atteindre la surface du plateau. Celui-ci, en effet, était tout autour du clocher, le lieu de sépulture de la paroisse. Il arriva un moment où la place vint à manquer ; c'est alors que la catacombe passa au rôle de « charnier » ; le puits aménagé facilitait le travail de translation ossuaire.

Au moment même où nous étions quelques-uns à deviser sur cette destination, des cadences rythmées, appuyées des échos d'un pick up, déferlaient de la cheminée ; là-haut, sur la terrasse, tout près de l'orifice supérieure, la jeunesse du Congrès avait encore trouvé à ajouter aux charmes variés de la journée (2). »



Et, le cinquième jour de la session, il fallait voir les congressistes, frais et dispos, l'esprit lucide, écouter attentivement, discuter avec à propos et sérénité les communications sur les sujets les plus divers, faits dans l'Amphithéâtre Pitres, à la Faculté de Médecine, dans une longue séance.

Après quoi, ce fut un exode joyeux vers Château-Picon tout heureux d'accueillir ses hôtes aliénistes et neurologistes auxquels avaient bien voulu se joindre pour leur faire honneur les personnalités les plus marquantes de la Gironde.

La Commission administrative de l'établissement autonome est composée d'hommes aux vues larges. Très avertis des devoirs que leur imposait la présence à Bordeaux des médecins aliénistes et neurologistes les plus qualifiés de presque tous les pays, venus dans notre ville hospitalière pour y discuter des questions ayant trait aux maladies du système nerveux et des problèmes que pose le souci du progrès de l'hospitalisation et du traitement de ceux qui en sont atteints, elle avait délibéré qu'il ne pouvait y avoir de geste trop généreux pour solenniser

(2) Dr P. Beaunart. — *L'Aliéniste Français*, mai 1931, n° 5, p. 163.

un tel événement. A supposer que la Commission n'eût pas mesuré spontanément l'étendue de son devoir, un Directeur administratif, parfaitement éclairé, intentionné on ne peut mieux, n'aurait pas manqué de le lui rappeler.

Le Congrès doit une immense gratitude à M. le Directeur Gaspa pour les initiatives qu'il voulut et sut prendre, pour le zèle inlassable qu'il mit à les réaliser magnifiquement. Je ne serai contredit par aucun des convives qui se présentèrent au banquet de Château-Picon, qui en ont vu les tables ornées de fleurs aux coloris merveilleux, qui en ont contemplé le menu si artistique, savouré les mets exquis, les vins délicieux. Tout cela fut l'œuvre, non point du Secrétaire général, mais de M. le Directeur Gaspa, discrètement secondé par sa très digne compagne Mme Gaspa.

Les fleurs, les mets délicats, les crus fameux eurent le don de susciter une atmosphère de cordialité expansive, parfois bruyante. Manque de tenue ? Non, mais l'explosion d'une joie communicative, d'une gratitude, hautement exprimées par des convives, à l'égard de ceux qui les recevaient si généreusement.

Ce que notre éminent collègue et ami, le professeur Donaggio de Modène, sut d'ailleurs fort bien traduire en termes exquis et très finement spirituels, le mettant sur le compte du vin de Bordeaux à l'admiration duquel il venait de se convertir, lui, un « buveur d'eau ».

A la fin du banquet, dans un geste d'hommage à ce vin de Bordeaux qui avait délié toutes les langues, élevé tous les timbres de voix, réjoui tous les cœurs, les congressistes, d'un pas alerte, s'en furent complimenter le vignoble bordelais si dignement représenté par le premier grand cru classé du Haut-Brion, situé à quelques portées de fusil de l'asile Château-Picon. Là, ils furent reçus par l'aimable propriétaire, M. Gibert, qui leur fit contempler son beau vignoble, objet d'une sollicitude très avertie, visiter ses caves et même goûter une fois de plus à son vin fameux.

Cependant que dans une salle de Château-Picon les congressistes se donnaient rendez-vous pour entendre des communications importantes. Dernière séance de travail qui ne fut ni la moins intéressante, ni la moins fréquentée.

Le dimanche 12 avril, il fallait bien se reposer. Où trouver ce repos mieux que dans une des belles stations qui environnent la cité bordelaise ? Royan nous avait reçus autrefois magnifiquement. C'était le tour d'Arcachon, ville accueillante s'il en fut, site apaisant où se réfugient les nerveux, lassés par

les tourments et le surmenage de la vie actuelle. Raison de plus pour choisir Arcachon.

Le Congrès s'y trouva tout de suite dans une atmosphère de calme délicieux, d'air pur parfumé aux senteurs printanières de la forêt. La municipalité, ayant à sa tête un Maire très distingué, M. Marcel Gounouilhou, nous attendait au seuil de l'Hôtel de Ville. Nous étions ses invités. Et la réception fut d'une très cordiale générosité. Après un arrêt au Casino Mauresque, d'où la vue s'étend sur la forêt et le bassin tout entier, ce fut la randonnée par les routes sinueuses qui longent les plages des Abatilles, du Moulleau, du Pyla, à travers les villas coquettes ou somptueuses, les eaux bleues du bassin apparaissant au travers des fenêtres que semblent former les grands pins maritimes. Halte en vue du goulet et de la grande dune, sur la terrasse d'un majestueux Palace, discrètement et très heureusement posé, au Pyla, dans un site ravissant. Retour par la source des Abatilles, célèbre par ses vertus diurétiques, complément naturel d'un cure au vin de Bordeaux.

Ensuite, le banquet au Casino de la Plage. Table exquise, vins toujours délicieux sortis des caves les mieux composées par des mains expertes à les choisir pour honorer le Congrès. Nos confrères d'Arcachon étaient présents, le docteur Doche, le très distingué et très sympathique Président de leur Syndicat, à la table d'honneur. Echange de paroles aimables, entre ceux qui accueillaient et ceux qui étaient accueillis. Hommage à la Ville d'Arcachon, à la bienfaisance de ses sites variés qui donnent le calme, le réconfort, la bonne humeur, critérium vrai de la bonne santé physique et morale.

Au dehors, un soleil radieux, comme toujours pendant le Congrès. Les eaux du bassin se trémoussaient tout juste assez pour manifester leur impatience de porter le Congrès et de le promener autour de ses rivages d'aspect varié, mais toujours magnifique. Les congressistes eurent tous le pied-marin en face de ce beau spectacle.

Au débarquement, ce fut la dislocation les poignées de mains, les regrets de se séparer après une semaine de vie commune. On voulut bien dire au Secrétaire général qu'il avait réussi à la rendre utile et agréable. Ce qui est sûr, c'est que les congressistes n'eurent assurément pas plus de plaisir à être reçus que le Secrétaire général à les recevoir.

TABLE DES MATIÈRES

I. PRÉLIMINAIRES

II. SÉANCE D'OUVERTURE

III. RAPPORTS ET DISCUSSIONS DES RAPPORTS

A. Rapport de Psychiatrie :

Les psychoses périodiques tardives (M. Roger Anglade)

B. Rapport de Neurologie : Les tumeurs intra-médullaires (M. Noël Péron)

C. Rapport de Médecine légale : Les fausses simulations en Médecine légale psychiatrique (M. A. Fribourg-Blanc)

IV. COMMUNICATIONS

A. Communications de Psychiatrie

B. Communications de Neurologie

C. Communications d'Assistance et de Thérapeutique

D. Communications de Médecine légale

V

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 43.262